Commission on the Future of Health Care in Canada

Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada

DISCUSSION PAPER NO. 6

# A Framework for Determining the Extent of Public Financing of Programs and Services

by

**Alan Shiell**

University of Calgary

**Gavin Mooney**

Curtin University of Technology

Perth, Western Australia

July 2002

**The views expressed herein are solely those of the authors and do not necessarily reflect those of the Commission on the Future of Health Care in Canada.**

103-00498/

## Contents


**Highlights** iv

**Executive Summary** v

**Acknowledgements** vii

**Introduction** 1

**Potential Criteria for Priority Setting** 4

**Experiences with Priority Setting from Overseas** 6
- Oregon 6
- The Netherlands 7
- Sweden 7
- New Zealand 8
- The United Kingdom 9

**Lessons from This Experience** 10
- (1) Responsibility for Priority Setting Rests at Different Levels in the Health System 10
- (2) Rationing Involves a Combination of Evidence and Value 11
- (3) Rationing Involves a Combination of Technique and Judgment 11
- (4) Whose Values Should Count? 12
- (5) De-listing Is Ineffective and Inconsistent with a Solidaristic System 13
- (6) Process of Decision-Making Is Important 13
- (7) Decision-Making and Implementation 13

**A Way Forward for Canada** 15
- Current Proposals 15
- A New Approach 16
  - (1) A Canadian Constitution for Health Services 17
  - (2) Strengthen the Evidence Base 18
  - (3) A Decision-Making Framework 18
  - (4) An Appropriate Incentive and Institutional Structure 20

**Unanswered Questions** 21

**Conclusion** 23

**References** 24

## Highlights

- The Medicare system is sustainable if we are prepared to tackle the need to set priorities over what services are provided, to what extent, to whom and when. Some form of rationing is inevitable. The biggest threat to the system has been our reluctance to tackle this issue.
- Priority setting can never be a wholly technical exercise. It involves balancing values and evidence, and requires judgments as well as the use of techniques.
- Other jurisdictions have grappled with the problem of priority setting. None has solved the problem, but Canada can and should learn from these experiences.
- Distilling these lessons, we suggest four essential elements to any successful effort to establish priorities:
    - The first is a Canadian 'constitution' for health services.
    - The second requires strengthening and broadening the evidence base for decision-making by guiding research efforts into evaluation of the costs and outcomes of marginal changes in health service provision.
    - Third, we need a decision-making framework such as that provided by program budgeting and marginal analysis to translate principles into practice.
    - Fourth, there needs to be appropriate incentive and institutional structures to ensure that recommended changes in the system are implemented.
- Of these, the constitution is the most important. It provides a statement of the principles that should guide the health system and the trade-offs that we are prepared to make between them. It is the mechanism for obtaining meaningful public participation, providing procedural justice and therefore legitimacy to the decisions to be made.
- Our suggested approach incorporates community values and professional judgment and provides a structure in which both can be brought together to determine policy. It also provides a means of shaping expectations and providing legitimacy to the tough decisions that need to be made. Where yet more thought is needed is in how to get from recommendations arising from priority setting exercises to implementation. It is this issue that now needs to be addressed.

## Executive Summary

The increasing cost of health care is making it more difficult for Canadians to realize the aspirations they have for a health system that offers comprehensive, high quality care to all citizens irrespective of their ability to pay. Indeed, the widening gap between private expectations and public willingness to pay is supposedly endangering the very existence of Medicare. The problem Canadians face, however, is not strictly the result of an inevitable clash between uncontrollable costs, increasing demands and finite resources. It is instead a reflection of political reluctance to stimulate public debate about the principles that Canadians want to underpin their health services and the priorities they wish to attach to different competing aspects in an inevitably resource constrained environment.

The Commission asked the authors to consider three questions. What should be the criteria for determining the extent to which a program or service should be publicly financed? Which Canadian policies are most consistent with these criteria and which are least defensible? Where should public financing be extended and where might it be reduced? The solution to Medicare's problems does not lie simply in specifying which *services* should or should not qualify for public cover. To reconcile private wants with community willingness to pay we need to think also about to whom those health services delivered, to what extent and when. We need to establish priorities.

To address this issue we looked at principles that could be used to prioritize access to health care and at the experiences gained in jurisdictions that have attempted to square the circle between private wants and finite resources.

A number of ethical principles could be used to guide priority setting in Canada. These include maximization, egalitarian and claims-based approaches. None is likely to prove acceptable in isolation. There is evidence to suggest that the public would prefer a mixed approach, ensuring some degree of fair access to health services subject to the caveat that the care provided is effective.

The question of how to set priorities in public health systems has been addressed in several places, most notably in Oregon, the Netherlands, Sweden, New Zealand and the United Kingdom. Each of these adopted a slightly different approach; none has fully resolved the problem; all continue to amend the processes they introduced. Oregon has de-listed services. Sweden identified broad principles and left it to local agencies to decide how to make these operational. New Zealand has focused on the development of evidence-based guidelines and the use of a managerial decision-making process to ration access to healthcare. The UK looks as if it will take a similar path to that of New Zealand.

Several lessons can be drawn from these experiences. First, priority setting must involve decision-makers at three levels, namely the clinical level; the planning level; and the national and provincial level. Since the type of rationing decision that needs to be made varies at each of these levels, so too will the precise way that any method of establishing priorities will be made operational. Secondly, priority setting involves a mix

of evidence and values, and of techniques and judgments. There are no simple answers and no ready-made technical fixes. Priority setting can be made more explicit, more structured and more consistent with broad social objectives, but it will remain largely messy and intuitive in nature. There is no point in seeking a completely technical, evidence-based approach. It does not and cannot exist. Thirdly, de-listing services is not an effective approach to priority setting. Very few services are always ineffective or inappropriate. Those that are tend to be insignificant in terms of overall health care. Clinicians find ways around the restrictions. The benefits of de-listing are slight: the harms in terms of galvanizing opposition to rational planning are great. The final lesson is the importance of having a fair and just *process* of establishing priorities in order to ensure the legitimacy of the decisions that are made.

Distilling these lessons, we suggest four essential elements to any successful effort to establish priorities. The first of these is a Canadian 'constitution' for health services. Secondly, the evidence base for decision-making needs to be strengthened by guiding research efforts into evaluation of the costs and outcomes of marginal changes in health service provision. Thirdly, there is a need for a decision-making framework to provide a practical mechanism for translating principles into practice. We recommend an approach such as program budgeting and marginal analysis. This makes the question of priority setting more tractable by focusing attention first on the pattern of services that is currently being provided and considering the scope to make changes at the margin. Fourthly, there needs to be appropriate incentive and institutional structures to ensure that recommended changes in the system are implemented.

Of these, the constitution is the most important. It would provide a statement of the broad principles that should guide the health system in Canada and the trade-offs that Canadians are prepared to make between these principles. The failure to address the issue of priority setting adequately is undermining support for Medicare. It is worth revisiting and perhaps even reshaping the principles upon which the system is or at least ought to be based. The constitution would also be the mechanism for obtaining meaningful public participation, providing procedural justice and thereby legitimacy underlying the decisions to be made.

These recommendations are predicated on the belief that some form of rationing of health care is inevitable. The key question then is one of priority setting: how are scarce health resources to be allocated to different competing ends? We have rejected rationing by price as being inconsistent with Canadians' desire for a health service that promotes equality of access. The Medicare system and the social principles upon which it is based are sustainable but only if Canadians acknowledge the constraints that collective funding of the system place upon their individual expectations. The approach that we recommend here will help to achieve this objective.

## Acknowledgements

The authors gratefully acknowledge the contribution made to this paper by Stephen Birch, Cam Donaldson, Penny Hawe and Stephen Lewis who each provided comments on an earlier draft, and Bonnie Rush, who provided research assistance. Alan Shiell is supported by the Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Gavin Mooney by the Health Department of Western Australia. The views expressed in this paper and any remaining errors are those of the authors alone.

## Introduction

Canadians want a health system that offers comprehensive, high quality health care to everyone irrespective of their ability to pay (Graves, Beauchamp, and Herle 1998). Achieving this might be impossible, however, since any commitment to universal, high quality health care will inevitably be thwarted by fiscal measures designed to control public spending (Naylor 1999). This is so, even though national incomes continue to grow. There is a need to find mechanisms to establish more realistically what Canadians want from their health services, and the trade offs they are prepared to make between the competing objectives when they do or are forced to recognize that not all can be met in full.

The cause of the problems underlying Medicare is frequently attributed to uncontrollable 'cost pressures' including technological advances, new pharmaceutical and demographic changes that increase the costs of health care faster than the country's capacity to pay. Rising expectations from a population that is becoming better informed about its health care options also supposedly feed into increased demands on the health system. This thinking leads inevitably to the conclusion that publicly funded systems, such as Medicare, are unsustainable in their current forms (Ferriman 1999; Premier's Advisory Council on Health 2001).

We reject this argument. The problem with Medicare is not the result of some inevitable clash between uncontrollably increasing demands and finite resources (Mays 2000). It is instead a reflection of a reluctance to manage politically the limits that collective funding of health care must impose (Ham and Coulter 2001). The aspirations that Canadians have for the health service constitute an 'inconsistent triad' (Weale 1998). It is possible to have a high quality, universal system that is not comprehensive, or a comprehensive system that is freely available to all but which is not of the highest quality. In a world of finite resources, however, Canadians cannot have free access to a comprehensive, high quality service. There is a need to bring the aspirations of the people and the scarcity of resources together. Some form of priority setting or rationing (and following Ham and Coulter (2000) we use these terms interchangeably) is inevitable; the only questions are which form and to what end.

Canada is not alone in facing this problem. Around the world, governments have sought methods of 'squaring the circle' between individual wants and a limited public budget. With the exception of the USA, policy makers have rejected the option of dropping universality since this leads to the denial of health cover to segments of the population (Anderson and Poullier 1999). Instead, solutions have been sought by reconsidering the notion of comprehensiveness, e.g. by trying to identify a restricted package of core or basic services that the public system should provide, as for example in New Zealand in the early 1990s (Health Funding Authority 1993).

Most of the debate about health care reform has focused on mechanisms such as public versus private finance or case-mix versus per diem funding of hospitals. It is not possible however to decide rationally on such questions before there is some idea of what

principles should underlie health services. Nor can it be expected that these issues can be resolved unless the strengths of preferences for competing principles are also addressed. This is not an easy task, but choices are already being made, only opaquely and without the transparency that will allow the Canadian people both to have their say and to see what sorts of trade-offs are being made.

The Commission put three questions to us:

(1) What should be the criteria for determining whether a program or service should be wholly, partly or not publicly financed?

(2) Which Canadian policies and approaches are most consistent with these criteria and which are least defensible?

(3) Where in general should public financing be extended and where might it be reduced?

The first of these questions is a normative one. As economists, we can discuss what criteria *could* be used to determine which services should be fully or partially funded from the public purse, but the decision about what criteria *should* be used must be left to the people who will pay for and benefit from the health system that results, i.e. the Canadian public. The question of what should be public and what should be private cannot be addressed in a value vacuum. The principles on which the health service is to be based must be established before this question can be decided. In any case, the solution to the problems faced by Medicare lies not just in specifying which services should or should not qualify for public cover. There is a need to think about to whom those services are to be delivered, to what extent and when.

This still requires an articulation of the principles upon which priorities in services should be determined, but the real challenge is in how to translate these principles into practice (Klein 1995). How to determine the *trade-offs* that Canadians are willing to make between the criteria if they cannot have all of each that they would like? How best can this information be conveyed to decision-makers? How can it be ensured that their decisions are consistent with these principles? How can decisions be reflected in actual implementation?

In this paper, we consider principles and criteria that might be used to define the scope and content of publicly funded health care in Canada, and look to international experiences for lessons on how they might be made operational. We then assess some Canadian proposals for establishing priorities before making our own recommendations. Finally, we discuss some outstanding questions before drawing conclusions.

Strictly, we are not concerned with how much public money should be spent on health services in total or whether more can be done to improve efficiency in the public sector. Greater organizational efficiency is possible and along with increased funding, would ease the point at which resource constraints bind but neither mechanism provides a way around the need to set priorities or ration health care.

Neither do we consider whether a private system is better than a public one, though the issue cannot be wholly ignored. The question of whether private is better than public will inevitably arise, at least for those who can afford to contemplate using a private system. This issue is complicated by the fact that what constitutes 'good' may be different in the two systems making judgments of 'better' difficult. For example, is the individual concerned only with his or her own family's health and their access to health care or with such matters at a more social level? Where some concept of 'social solidarity' is strong such as in Scandinavia, then the social concern will be more prevalent and investment in public health services greater. Where the society is more individualistic, as in the United States, then private health care will be more pronounced.

## Potential Criteria for Priority Setting

The gulf between private expectations and public willingness to pay in health care is an inevitable even if unfortunate side effect of an institutional response to a more fundamental characteristic of health care. The incidence of ill health, its future course, and the costs of health care, are all uncertain. The institutional response to this uncertainty is insurance to pool risks. This drives a wedge between one's use of health care and the price that one must pay for it. In markets for more conventional goods, demand and supply are brought into line through the price mechanism. Access is rationed by one's willingness and ability to pay. In health care, third party payment, through public or private insurance, frees one from the discipline of the market, such freedom, according to economic theory, leading to increased demands.

The solution, according to some, is to reinstate a partial role for the market by introducing user-fees (co-payments). The arguments in favour of such an approach are simple. User fees will close the gap between individual expectations and the collective willingness to pay by reducing demand, by increasing revenue or by some combination of the two. The counter-arguments are more complex. Health care is not a conventional commodity and its supply and demand do not necessarily behave in the way predicted by market analysis. Moreover, tax-financed, public health insurance not only pools risks (and does so more efficiently than private health insurance), it also plays a valuable redistributive role, removing financial barriers to access and transferring wealth from taxpayers to the sick in the process (Stoddart, Barer, and Evans 1994). Advocates of a greater role for private financing of health services play down this aspect of Medicare.

Rather than ration access to health care according to ability to pay, an alternative is to consider who gets priority access to what sorts of health care service, to what extent and when? There are several mechanisms available to limit access (Harrison and Hunter 1994). What is important here are the principles on which priority setting should be based to ensure that available resources are allocated to where they are socially most justified. A number of potential principles can be identified (Hurley, Cosby, Giacomini et al. 2000). Here we mention three: maximization, egalitarian and claims-based.[1] In the first of these, the aim is to allocate resources to where they produce the greatest outcomes. Maximization typically refers to health outcomes (Culyer 1997) though other aspects of benefit can be included. Inherent in this approach is also a form of egalitarianism since simple health maximization treats a year of healthy life as equal in value no matter who receives it. In this sense, the approach is fair since it is 'blind' to the characteristics of the recipients. Health gains could be differentially weighted however in order to give priority to some social groups over others.

---

[1] We do not consider 'needs-based' approaches as a separate category (Cookson and Dolan 2000). If need is defined as capacity to benefit then these are subsumed under maximization. If need is instead defined in terms of severity etc then they are subsumed under claims-based approaches.

In contrast, egalitarian approaches seek more explicitly to allocate resources in order to reduce inequities between social groups. These might refer to unequal access to health services, differences in health status or differences in (health-adjusted) life expectancy (Williams 1997).

Claims-based approaches to rationing health care recognize the duty owed to some members of society, and in this case by the healthy to the sick. In this view, all individuals have a right to some level of health care. According to Harris (1997), this right is absolute and exists irrespective of any personal characteristics of the person, including the relative effectiveness of treatment. In contrast, Mooney's version of 'communitarian claims' seeks community input into specifying the legitimacy and strength of the various claims that could be made upon collective health resources (Mooney 1998). The strength of a claim can depend on any number of factors, which it is for the community to determine, including for example capacity to benefit or the reduction in inequities.

Which approach should be used to inform priority setting? Evidence from the UK suggests public support for a mixed approach (Cookson and Dolan 1999; Cookson and Dolan 2000). More specifically, the work of Nord and others in Australia shows that people feel it unfair to discriminate against patients with severe illnesses or illnesses that are costly to treat and therefore less cost-effective, other things being equal (Nord, Richardson, Street et al. 1995a; Nord, Richardson, Street et al. 1995b). Similarly, in the UK, Dolan and Cookson (2000) found support for equal access to health care as long as the treatments that were provided met some unspecified effectiveness threshold.

This means that a statement of guiding principles is of limited practical value if it is too broad (Harrison, Dixon, New et al. 1997). At the same time if it becomes too detailed, the citizens asked to handle it are likely to suffer information overload. There is a fine balance needed to establish the appropriate level at which to set principles and it can be argued that it is for the citizens themselves to decide what that level is (Wiseman, Mooney, Berry et al. forthcoming). Further work is needed to articulate the important features of each principle and explore how best to elicit the trade-offs that people are prepared to make between these features. Some additional mechanism, such as a constitution for health services (Mooney and Wiseman 1999), is needed to ensure that decision-makers are cognizant of the community's values. This will also allow the public's voice to be heard in the process of setting priorities at those levels for which the community wants its voice heard and without it necessarily being party to every decision.

## Experiences with Priority Setting from Overseas

Canada is not alone in considering how to define the scope of public health insurance coverage, and before considering further the steps that have been taken here, we look briefly at international experiences, focusing on efforts made in Oregon, the Netherlands, Sweden, New Zealand and the United Kingdom.

### Oregon

One of the most famous large scale attempts to tackle the problem of rationing explicitly occurred in Oregon where, in 1989, a Health Services Commission was appointed to recommend to the State legislature ways of expanding Medicaid coverage. The Commission hoped to restrict the range of services covered under Medicaid in order to ensure that a larger number of people would benefit from the scheme. The aim was to rank-order procedures according to their cost-effectiveness and then, starting at the top of the list, fund procedures until the budget was exhausted (Kitzhaber 1993).

The Commission consulted the public, reviewed the evidence on cost-effectiveness and drew on professional expertise and the judgments of its members to overcome data deficiencies. A formula was used to integrate the information and to rank 709 medical conditions and their associated treatments (known as condition-treatment pairs) in terms of their cost-effectiveness. The initial list of treatment-condition pairs contained a number of well-publicised 'anomalies' (tooth-capping was ranked higher than treatment for appendicitis) and was generally received with hostility. In response, the Commissioners dropped the cost-effectiveness criterion and adjusted the rankings by hand to remove the anomalies and to respond to the allegations of discrimination against disabled people. The final list contained 696 treatment-condition pairs of which the top 565 were deemed affordable under Medicaid. The list of eligible services was kept under review (and continues to be so) and a new list was introduced in 1999 with 574 eligible treatment-condition pairs.

One implication of this is that the Oregon process would have benefited from there having been some more explicit and transparent debate early in the piece to allow participants to have had a better understanding of the value base from which they were supposed to be operating. This might have provided some set of principles on which to base the subsequent decision-making process. (This issue we discuss at greater length later.)

The Oregon approach succeeded in increasing insurance coverage, reducing the percentage of people without health insurance from 17 % prior to the scheme's introduction to 11 % in 1997 (Office for Oregon Health Plan Priority and Research 1999). The services that were de-listed were small in number and of marginal significance. As a result, there were minimal cost savings (Oberlander, Marmor, and Jacobs 2001).

**The Netherlands**

The Netherlands has a population of nearly 16 million people and in 1998 spent 8.7 % of its GDP on health care at a cost of US$ 2,150 per person. Nearly one-third of this spending (31.4 %) comes from private sources (Organization of Economic Co-operation and Development 2001). Health care is predominantly funded through a mandatory social insurance system, plus private health insurance for those whose incomes exceed a specified threshold and those who wish to take it out. The insurance carriers are all private, not-for-profit organizations but both the cover that they must provide and the premiums that they can charge are highly regulated.

In 1992, the Committee on Choices in Health Care (the Dunning Committee) was appointed to advise the Dutch government on what services ought to be covered in a basic insurance package to be offered by all insurance carriers. Their final report made a number of recommendations including the introduction of medical technology assessment, the use of guidelines, and protocols and criteria for determining access to and priority on hospital waiting lists (Committee on Choices in Health Care 1992). The committee also set out a framework to decide what services should go into the basic health care package. This had four screening questions. Was the service necessary? Was it effective? Was it efficient? Could its payment be left to the individual? The framework was never implemented however as, before the committee had a chance to report, the government announced that the basic package would comprise 95% of the services that were currently being provided.

**Sweden**

Sweden has a population of nearly 9 million people. Health spending in 1998 comprised 7.9 % of GDP or US$ 1,730 per person, of which 83.8 % was paid for from the public purse. Health services are funded by a combination of local income taxes and a state contribution, the size of which is based on local demographics. Responsibility for the delivery of health services lies with the county councils and large municipalities.

During the 1980s, Sweden, as elsewhere, faced increasing health care costs at a time when its national income was rising only very slowly. In 1992, a Parliamentary Priorities Commission was established to provide advice on how health care priorities might be set. It published its final report in 1995. Rather than identify potential high and low priority services, the Commission saw its task as one of identifying the ethical principles upon which such rationing decisions should be made. Three such principles were specified: (1) Human dignity, (2) Solidarity, and (3) Cost-effectiveness. In setting priorities, policy makers were to keep in mind that all individuals were of equal value. No one should receive preferential access to services because of any personal characteristic. Secondly, under the solidarity principle, preference was to be given to people who needed support the most and, in particular, to vulnerable groups such as people with a mental illness whose personal autonomy was threatened by their illness. Finally, if everything else were equal, then only the most cost-effective method of delivering a service should be provided. The difficulty with this is that not everything else is equal. There is a need for a

broader or perhaps deeper value base (or set of principles) on which to be able to determine trade-offs and priorities.

While the Commission did not favour particular services, it did provide some guidance as to how these principles ought to be translated into priorities. The commission asserted that everybody had a right to prompt diagnosis after which top priority was to be assigned to treatment of acute disease otherwise leading to death or disability. After that, priority ought to be assigned to population-based preventive measures. Lesser priority would then be assigned to less severe acute and chronic diseases, with capacity to benefit determining who would have first call on resources within this group.

The Commission provided an ethical platform on which to base priority setting decisions but little guidance as to how these ethical principles should be translated into practice. This task has fallen to the county council and municipal authorities that have responsibility for delivering health services (Holmstrom 1999). Here, different approaches are being tried in different areas. In Falun, for example, where the most progress has been made, clinical and service managers have been working together to determine a method of classifying medical services that is consistent with the agreed ethical principles. The aim is to use the resulting classification to align health care needs better with available resources. This will ensure more equitable access to resources to patients with different conditions but similar levels of need (a form of horizontal equity) and to prioritize access to resources to patients in the greatest need (vertical equity). It is too early to judge how effective the Falun approach will be however.

**New Zealand**

The population of New Zealand is only 3.8 million. In 1998, the country spent 8.1 % of its GDP on health care, which is equivalent to US$ 1,440 per person. Of this, 23 % comes from private sources.

The health system in New Zealand has undergone drastic reorganization in the past decade. New Zealand was among the first countries to introduce universal publicly funded health insurance, and among the first to move towards a more competitive, market-orientated approach in the early 1990s. A purchaser-provider model was introduced and the intention was to move eventually to a system of managed competition with public and private providers competing for contracts for service provision from crown purchasing agencies. Once these reforms were established, the plan was to limit public insurance to a restricted core of services. People would be able to purchase supplementary private insurance for coverage outside this core and eventually to opt out of the public system all together. These plans were later dropped.

The idea of defining core services as a means of controlling health care costs had taken hold however. The statutory body established to look into the question (the National Advisory Committee on Core Health and Disability Services, later renamed the National Health Committee), considered the paths taken in Oregon and the Netherlands and rejected both (Cumming 1997). Instead, the committee sought to make changes at the

margins of the range of services that were already being provided. Four principles to direct these changes were enunciated: effectiveness, value for money, fairness and consistency with the community's values and priorities. Specific allocation decisions were to be guided by the development of evidence-based practice guidelines. A separate body, the Public Health Commission, was responsible for devising a parallel strategy for prioritizing population health interventions.

Another committee, the Health Funding Authority, then took on the task of translating these principles into a practical means of guiding decisions at the level of the purchasing authority. Its preferred approach was to return to the structure offered by economic methods of priority setting including cost-utility analysis and program budgeting and marginal analysis (Health Funding Authority 1993). Program budgeting and marginal analysis (PBMA) was seen as a way of combining the need for flexibility in how one considers the complexities of each decision with the degree of explicitness and transparency that is needed to ensure the process is accountable (Ashton, Cumming and Devlin 2000).

**The United Kingdom**

The population of the UK numbers nearly 60 million. Health spending comprised 6.8 % of GDP in 1998 or US$ 1,510 per person. All but 16.7 % of this is funded from the public purse.

As in New Zealand, interest in defining core services in the UK was prompted in part by reforms to the health service that led to the introduction of a purchaser-provider model. This spurred interest in priority setting among the newly created purchasing agents and fed renewed enthusiasm for techniques such as PBMA (Mooney, Gerard, Donaldson et al. 1992; Mitton, Donaldson, Dean et al. 2000). Central government, however, has limited its involvement to acknowledging the need to set priorities (Bottomley 1993) and to articulating a set of values on which decisions might be based (Department of Health 1995).

The initiative to act has been taken instead by the regional health authorities (e.g. the Oxfordshire Priorities Forum 2001), the professional colleges (Royal College of Physicians 1995) and other, self–appointed, groups such as the Rationing Agenda Group established by the King's Fund (New 1996). The approach has been described as 'pragmatic incrementalism, with policy emerging almost as a by-product of individual decisions' (Klein 1995), which has resulted in 'haphazard access to health care depending on where you live' (Dixon and New 1997).

It seems likely that the UK will explore the use of evidence based, practice guidelines (Ham 1995) whilst continuing to respect the autonomy of regional purchasers to set priorities locally. To this end, the government has provided support to health authorities by funding research into systematic reviews, technology assessment and guideline development (Ham and Coulter 2000).

## Lessons from This Experience

This brief review shows both variation and similarities in the approaches that have been adopted elsewhere. No one approach has yet proved satisfactory. Each is evolving as policy makers look for ways to improve practice. It is also likely that any 'best buy' in priority setting techniques will be to some extent culturally specific or at least health systems specific. Thus, it is possible to learn from elsewhere but to steal, without thinking through the implications for the local Canadian setting, is unlikely to be the best way to proceed.

Several lessons can be drawn from this international experience (Ham and Coulter 2000).

**(1) Responsibility for Priority Setting Rests at Different Levels in the Health System**

At the very least, one can distinguish between macro, meso and micro levels of decision-making in all health systems. At the macro level, decisions need to be made about how much to spend on health care relative to other publicly provided goods and what the distribution of that allotment ought to be between regions. The meso level is more concerned with the allocation of resources across services or specialties within a health jurisdiction such as a provincial or regional health authority. Clinical decision-making dominates at the micro level, where priorities are set in terms of the care given to particular patients.

Methods of establishing priorities need to be cognizant of this and consider the implications for each level of decision-making. With the exception of Oregon, experience thus far has tended to focus on establishing broad principles and frameworks for decision-making and has tended to neglect the question of how these principles are translated into decisions at each level of responsibility (but there are exceptions - see below).

Furthermore, since the type of decision that is made at each level varies, so too will the way in which any particular method of setting priorities is made operational. Yet, ultimately decisions made at each level must be compatible. This is for two reasons. First and obviously, costs of services ordered at the clinical level cannot exceed the funds allocated at the macro level. In New Zealand, for example, it is not clear whether recommendations made by those involved in guideline development will ultimately be consistent with the purchasing recommendations that fall out of the PBMA exercises (Cumming 1997). In the UK, the two national bodies that have been established in Scotland and England have been criticized for failing to take into account adequately the costs of their recommendations. This threatens to distort efforts to establish priorities at the local level (Cookson, McDaid, Maynard 2001).

Second, the opportunity costs of clinical decisions do have an eventual impact at all three levels. In terms of gaining acceptance for any priority setting approach, if clinicians do not recognize these wider considerations but see the issue in terms only of 'their' patients, it will prove difficult to get priority setting accepted in principle or to work in

practice. The process of being explicit about priorities can help to bring levels of decision-making together, however. Thus, in Oregon, the effort that went into ranking the treatment-condition pairs prompted the legislature to increase funding for Medicaid in order to cover the extra costs of procedures deemed worthwhile that initially fell 'below the line'. Similarly, in Falun in Sweden, the discussions between hospital and clinical decision-makers promise to bring some consistency to decisions made at each of these levels.

**(2) Rationing Involves a Combination of Evidence and Value**

In the approaches to rationing identified above, each emphasizes the need to base decisions on evidence of effectiveness. Each also, to a greater or lesser extent, suggests the role that values must play in decision-making. Rationing means limiting someone's access to some potentially beneficial service in order to improve that person or someone else's chances of receiving *more valuable* support. Health care decisions are not just technical: they also involve choosing between valued outcomes (Shiell 1997). Advocates of evidence-based decision-making have begun to recognize the role to be played by values, whilst neglecting the value-judgments implicit in the production and interpretation of evidence (Birch 1997). There is a danger if too much weight is attached to basing choices of how best to use scarce resources on the quality of the evidence. Currently and for the foreseeable future, the quality of evidence in the area of pharmaceutical interventions is higher than in most public health interventions. That does not necessarily mean that the quality of evidence should govern relative priorities for these two areas (Rychetnik, Frommer, Hawe et al. 2002).

**(3) Rationing Involves a Combination of Technique and Judgment**

Rationing requires a combination of technique and judgment. Techniques such as economic evaluation and program budgeting and marginal analysis (PBMA) provide a structure in which evidence and values can be brought together. They also bring greater explicitness to the process of decision-making. It is not the case however that either technique is sufficiently well developed to deal with all of the complexities of priority setting. For this reason alone, there remains a role for subjective judgment and interpretation.

In Oregon, the initial prioritized list of services was rejected because the cost-utility rankings contained what seemed unacceptable anomalies. Some of this was because of errors in the way the cost-utility ratios were computed (Tengs 1996). Correcting the faults might have reduced the degree of discomfort with the cost-utility rankings, but would not have eliminated it. The usual methods of establishing utility values (which are based on individual trade-offs) are not necessarily consistent with the social values that people wish to see guide resource allocation decisions (Ubel, Scanlon, Loewestein et al. 1996).

It is, however, impossible to avoid the economic consequences of health care decision-making. Consequently, whatever the status of the techniques, economic evaluation must play some part in priority setting. The Swedish and Dutch approaches

imply that any service which is necessary, effective and the least costly option will be provided irrespective of the community's willingness to pay, but it was the growing gulf between health care wants and available resources that prompted interest in priority setting in the first place. Economic techniques can provide information on benefits gained versus benefits forgone, but a judgment will always be required as to whether the former is worth the latter.

It is also the case that economics tends to be suspicious of absolutes such as necessary and effective. These concepts raise more questions: necessary to whom? and in what circumstances? and *how* effective? to whom? and in what circumstances? In practice, this means that priority setting is likely to be quite difficult to handle in any simple way such as de-listing as in Oregon or lexicographic ordering with severity in Sweden. What priority setting seeks is to address more subtle questions such as: if there were an extra $1 million available for health care how best could that be spent? Or, if the budget were reduced by $1 million where would cuts fall to minimize damage? The answers to these questions may well be different when consideration is given to the second or third million. (We return to this point later as it constitutes a centrepiece of our thinking on how to prioritize in health care.)

**(4) Whose Values Should Count?**

This discussion raises questions of whose values need to be canvassed, how these are best elicited and what influence they should have in decision-making. The health system belongs to the people of Canada and therefore they must have a say in what form it takes. To be yet more precise, it is for the Canadian people to decide whose values are to be used in which circumstances. There is no intent however to compel people to exercise their preferences over issues or in ways that they would prefer not to.

Methods of involving the public in decision-making are many and include opinion surveys, focus groups, consumer panels (Bowie, Richardson and Sykes 1995) and citizens' juries (Lenaghan, New and Mitchell 1996). These methods vary according to the extent to which participants are provided with information on the matter at hand or just encouraged to express their (uninformed) opinion, and to whether the process of eliciting this information allows for deliberation and reflection (Jordan, Dowsell, Harrison et al. 1998).

The methods can also vary according to the role that the participant is asked to take and the task they are asked to consider (Lomas 1997). Roles can include those of citizen, taxpayer and patient. Tasks include eliciting the principles and values that ought to underlie decision-making and the incorporation of this information into the decisions themselves. Work in the UK (Coast 2000) suggests that the public is keen to contribute towards establishing the criteria by which rationing decisions should be made but less than happy at being party to the decision-making itself, especially when this involves the denial of care. The degree of comfort appears to depend at least in part on the effort made to provide information and allow participants to deliberate on their answers (Jordan, Dowsell, Harrison et al. 1998).

The question of just what the role of community preferences should be is under-researched (Frankish, Kwan, Ratner et al. 2002). That role can be anywhere on the spectrum from simply being consulted, to informing decisions to decision-making. The decision on this is one for the community to take and is, in a very real sense, likely to be one of the principles on which the health service will be based.

**(5) De-listing Is Ineffective and Inconsistent with a Solidaristic System**

While it is true that none of the countries surveyed has found an answer to the question of how best to set priorities, some conclusions can be drawn about what not to do. The evidence suggests that de-listing services is difficult to achieve and is unlikely to be effective – at least in a health system that aspires to be comprehensive and based on principles of solidarity. Very few services (typically tattoo removal, gender realignment, some cosmetic surgery and in vitro fertilization) are ready candidates for de-listing and these tend to be insignificant in terms of total expenditure. After a long search, New Zealand's Core Services Committee reported that it could not find any area of service that could be completely excluded (National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services 1994, 67). In Oregon, only 2 % of the budget was saved in the first five years that the limited list was in operation and this was attributed to the use of managed care contracts rather than de-listing per se. Clinicians found ways to continue providing the de-listed services to patients whom they believed would benefit from them (Oberlander, Marmor and Jacobs 2001). In the Netherlands, de-listing succeeded only in galvanizing opposition to the process of priority setting.

The idea of de-listing stems from a misunderstanding of what priority setting is about. There may be situations where complete services can be cut. More often however, priority setting is about how much of a service to provide or to cut and to whom. De-listing is all too crude a weapon for addressing such marginal questions.

**(6) Process of Decision-Making Is Important**

The penultimate lesson is the realization that there is unlikely ever to be a way of rationing care that yields priorities with which everyone agrees. Priority setting is a complex and contested activity. It is too much to expect that any technical exercise on its own will resolve all value-conflicts (Klein, Day and Redmayne 1996). Decision-making about priorities will always be a messy, value-laden exercise. The best that can be done is to try to ensure that the *process* by which decisions are made is explicit, subject to scrutiny and fair. Procedural justice therefore becomes an important criterion (Lenaghan 1996).

**(7) Decision-Making and Implementation**

Finally, no priority setting approach guarantees that anything will change. If there is a recommendation from a priority setting exercise that resources could be redeployed in some way that is judged to be an improvement then clearly, what is wanted as an outcome is that that this actually happens. Dealing with this aspect is not well reported in

the international literature. It would be wrong to place the blame for any lack of implementation at the door of the techniques but equally wrong to argue that this is an issue that can be ignored.

## A Way Forward for Canada

### Current Proposals

The notion of medical necessity enshrined in the Canada Health Act provides the current mechanism for delimiting the scope of public insurance. The term is not defined however and there is considerable leeway in how the term could be and has been made operational (Hurley, Birch, Stoddart et al. 1997, Charles, Lomas, Giacomini et al. 1997). Coverage is essentially left to the provincial and territorial ministers to decide in negotiation with their medical practitioners.

Evans and colleagues (1993) provide one rationale for understanding what services might or might not be covered by Medicare and add some substance to the term medical necessity in the process. They suggest that public coverage for a particular service or health intervention should depend on the answers to four questions: (1) Is the service in question health care? (2) Is it effective for a well-defined medical condition? (3) Is it necessary? (4) Are there alternative, equally effective methods of delivering the service? A positive answer to each of the first three questions would ensure that a service would be covered under the public system, but coverage would be limited to the least cost method of delivery.

The authors argue that the principle captured by each question is clear, though they agree that it will not always be easy to say whether a particular service does or does not pass each test. The 'necessity' condition undermines their claim to clarity however. The inclusion of this question in a process that is supposedly about *defining* medical necessity is explained by the need to exclude services that are technically beneficial since they yield positive outcomes, but the outcomes achieved are not as highly valued as their opportunity cost. The question therefore relates more to the economic efficiency of the service rather than its necessity. It follows that what constitutes 'necessary care' will depend on what factors are included in the measure of benefit. This can be defined very narrowly (in terms of physiological changes experienced by the individual receiving care), very broadly (to include general changes in well-being of both the recipient of services and the people who care about him or her), or anywhere in between these two extremes (Hurley, Birch, Stoddart et al. 1997). The definition of necessity therefore requires a prior judgment to be made about the rightful objectives of health service provision.

Three further proposals for determining the extent of public provision have been made in the Canadian context. The most recent of these is the Alberta government's decision to establish an expert panel to review and possibly de-list insured health services (Alberta Health and Wellness, 2002). The panel has not yet been established, but there is no reason to believe that it will succeed where previous attempts to de-list services have not.

The second proposal is the Canadian Medical Association's framework for determining core and comprehensive services (Wilson, Rowan and Henderson 1995). This recognizes the three levels of decision-making and suggests three dimensions to be considered at each level - quality of care, ethics and economics. The levels of decision-making are mapped against the three dimensions of importance to form a matrix within which it is possible to locate a series of questions to be considered in respect of priority setting. The authors of the framework candidly admit however that it does not prescribe which services should be publicly insured. Further, to argue that quality of care, ethics and economics are wholly independent of each other is unlikely to hold true in practice.

The third suggestion is the four-screen model advocated by Deber and colleagues (1998). This is similar to the Dutch approach in utilizing four questions arranged hierarchically. The first screen rules out interventions that are proven to be *ineffective*. The second screen serves to identify whether the intervention is *appropriate* for the particular individual in need. The third screen relates to *informed choice* and considers whether the patient wants the service.

Only interventions that are effective, appropriate and wanted pass through to the fourth screen, which is used to consider whether the service should be *publicly funded*. The authors suggest a number of factors to be taken into account at this stage including the question: is it acceptable for society to withhold a treatment that is effective, appropriate and wanted from people who are unable to pay for it themselves? The answer to this question is clearly critical. The previous screens weed out easy candidates for exclusion – the ineffective, the inappropriate and the unwanted – but since intuition and the international experience suggest that so few services fall clearly into these categories the impact of the screening process is unlikely to be substantial. The problem then still remains of deciding how to determine whether a service should be publicly funded or not.

Such structured approaches appear logical but are not consistent with the way resource allocation decisions are made in practice (Hurley, Cosby, Giacomini et al. 2000). In particular, the question driving each of these approaches is not the appropriate one. There is much more of a need to grapple with how much of which services to provide for whom rather than the question of which services to provide at all. The former is a much more subtle question. It is also a much more realistic question. It requires consideration of the trade-offs between dimensions.

**A New Approach**

One advantage that stems from Canada's delayed efforts to confront the issue of priority setting is that it is possible to learn from the experiences of others. No other country has completely solved the problem but in their efforts, the key components of a comprehensive approach to priority setting in public systems can be identified. We suggest four essential requirements. The first is a constitution for health services in Canada that among other things would state the principles upon which the Medicare system should be based. The second is to strengthen the evidence base upon which resource allocation decisions are made. The third is for a decision-making framework that

allows the principles articulated in the constitution to be translated into policy and practice, supported where possible by evidence. Finally, there needs to be an appropriate incentive structure to ensure that recommendations are acted on.

Each of these requirements is explained further below.

### *(1) A Canadian Constitution for Health Services*

The first and most important requirement for fair and acceptable priority setting is a constitution for health services (Mooney and Wiseman 1999) or health service charter (Harrison, Dixon, New et al. 1997). We opened this paper by restating Canadians' wish for a system that is comprehensive and universally available without barriers to access. It is timely to revisit the aspirations that Canadians have for their health care system to ascertain the trade-offs that they are prepared to make. This needs to be done in a way that is capable of being managed by those asked to do this (i.e. Canadian citizens) and it must produce answers that will be useful to the decision-makers.

However, the constitution needs to do more than just describe the characteristics of the system that are seen as desirable. There needs to be agreement that the principles will be used to prioritize publicly funded health care and, more fundamentally, to decide what is publicly funded and what is privately funded and to what extent. It is thus the constitution that, once set by the community, both legitimizes rationing decisions and allows an appropriate public/private funding mix to be decided. For example if equity is an important principle, that will point to more public funding; if choice, then private funding will be more likely to be favoured.

These are big issues. It is significant that most of the debates surrounding health care not only in Canada but worldwide revolve around the questions of mechanisms such as how to pay general practitioners, how to fund hospitals. The question of the value base or principles on which health services are to rest gets scant attention. Our thesis is that that needs to change.

Whose values to use is clear. This has to be the values of the community that these health services are to serve. They will be overarching values, for example at a national level or provincial level in Canada. They will provide the foundation on which any priority setting process is to be based. To form them will require an informed community. They will not generally relate to priorities between diseases or groups of patients when the information required will be perhaps too much for citizens to handle but will instead relate to a higher level where citizens will most want to be involved. Having set out such principles, i.e. a constitution, it will then be for the health service decision-makers to attempt to abide by these in their decision-making.

The word constitution in this context is drawn from a branch of economics known as constitutional economics. It is argued for example by Vanberg (1994) that organizations may have one of three foci: exchange, which amounts to a market base; goal directed, which involves the objectives of the organization being centre stage; or 'constitutional' which focuses on the values or principles on which the organization is based. As such,

there is no necessary link in this form of constitution to any legal framework or to rights or responsibilities as may occur with other uses of the term. At the same time, there will be a right of the community periodically (perhaps every five years say) to examine decisions that have been made to see whether the principles are being adhered to and to revisit the constitution to see if it needs adjustment. The constitution therefore also provides an accountability mechanism as well.

There are various ways of pursuing such a constitution including, as is intended in Western Australia later this year, a health service "Constitutional Convention". This requires an ambitious agenda of public deliberation and debate to establish the most appropriate mix of ethical principles on which to allocate health care – efficiency, equity or judicial claims, the trade-offs that citizens are prepared to make between such principles and the amount that they are willing to pay for a collective health system.

These questions cannot be answered in the abstract. Many people will be uncertain of their values and come to realize them only by considering the choices that those same principles are supposed to guide and inform. The trade-offs that people will be prepared to make will also be context-specific and depend on how much of which sorts of services are already available in an area. An iterative process of deliberation and decision is required and, to ensure this, we need to look towards British and Australian experiences in involving the public and incorporating their values in the priority setting process (Mooney, Jan and Wiseman 1995).

### *(2) Strengthen the Evidence Base*

Irrespective of the combination of principles that are chosen for the health system, decision-making must be informed about the likely costs and effects (broadly defined) of varying levels of and types of investment in health care. Only then will Canadians know how well they are achieving their objectives and what the price or opportunity cost of this is. There is a need for a commitment to provide this evidence and a requirement that relevant practice and policy guidelines embrace costs as well as outcomes.

The structure and possibly even the financial resources to generate this information are already available in both the Canadian Health Services Research Foundation and the Canadian Institute of Health Services Research. The need to set priorities and ration health services could provide a strategic focus for the research agendas of both organizations. At the same time, the criteria for assessing the quality of evidence will have to be widened and strengthened in order that a greater emphasis on evidence-based decision-making does not bias priorities in favour of those interventions where evidence is more easily obtained (Rychetnik, Frommer, Hawe et al. 2002).

### *(3) A Decision-Making Framework*

Thirdly, there needs to be a practical mechanism for setting priorities to ensure that resource-allocation decisions are consistent with the principles embodied in the constitution. The models that have been proposed for Canada provide a framework, but one that we suggest is deficient and of little practical value for decision-makers.

More useful is a practical mechanism for considering resource allocation decisions such as that provided by PBMA. This process starts with the services that are currently being provided and looks for marginal shifts in resources within and across programs in order to bring service provision in line with resource constraints in ways that are consistent with the objectives set for the system. This makes the complex question of priority setting more tractable and provides a structure that marshals the relevant evidence without supplanting the need for judgment.

PBMA recognizes that priority setting is about choice. It is about choosing what to do and about the extent to which competing policies, services and activities can and should be pursued. It is also clear that in choosing in this way, it is implied that it is better to make explicit that such choices also involve choosing what not to do.

Priority setting thus involves determining objectives and then setting up mechanisms to decide how choices are to be made to try to meet competing objectives as well as possible. In doing so economics provides two useful concepts.

1. *Opportunity cost* stems from the recognition that scarcity of resources exists and there is a need to choose. Opportunity cost is the benefit forgone in the best alternative use of resources. Thus every time a choice is made to devote more resources to, for example, education, there is an implication that the benefits forgone elsewhere (such as in health care) are less than the benefits obtained in education.

2. *The margin* relates to change, strictly a change of one unit. Thus, *marginal cost* is the cost of producing one extra unit of health care; *marginal benefit* the benefit of that extra unit. In practice, marginal cost and marginal benefit are often equated with incremental or decremental costs and benefits. The emphasis however remains on change.

In combination opportunity cost and the margin lie at the heart of any rational priority setting approach. If more resources are spent on prevention and fewer on cure, what are the resultant changes - what are the marginal changes - in costs and benefits? If fewer resources overall are available for health care what are the losses in marginal benefits from making the savings in acute services rather than in public health? in community care rather than general practice?

The PBMA process involves two stages. First *program budgets* are determined that provide an information framework, indicating what is being spent on what. Program definitions are normally along client group or disease group lines. The rationale behind such a set of programs is simply that if priorities are to be changed then this will mean altering the existing balance of resource use and to do that it seems like a good idea to know what the current balance is!

The *marginal analysis* part of the exercise is equally as simple, in principle at least. If $X is taken from one program and spent on another, will the loss of benefit in the former be greater or less than the gain in benefit in the latter? While such judgments can be hard

to make in practice, they have to be made and this is the cornerstone of the whole process of PBMA. It is a simple process and perhaps the greatest problem in gaining acceptance of it is that so often the potential participants in PBMA exercises are looking for something more complicated than is in practice or in principle there. If it is possible to move $100,000 from program A to program B and get greater benefit overall, should that not happen?

One possible argument against moving resources on the basis alone of maximizing benefit is that there may be unacceptable equity effects. These have to be built into the analysis and any possible conflict between equity and efficiency identified explicitly. One way of dealing with this is to assign greater weight to the benefits enjoyed by some groups in the community (e.g. poor people) compared to others.

The question of whose values to use in priority setting is important. There is a case for using community values, especially as issues about the relative weight and value to be attached to benefits to the most disadvantaged or those most at risk are in essence society or community issues and not professional. (There is still room for technical judgments at these levels and also for such technical values to dominate particularly at the 'sharper' end of the spectrum, e.g. in health care within specialities where decisions may have to be made about, say, which patients to take off the waiting list first.)

Turning to equity concerns, there are explicit formulae for allocating resources to health services on a geographical basis. However this is done or to be done, the normal mechanism involves some assessment of the needs of different populations weighted for various factors so that resources are then allocated on a 'fair' basis. The principles and practice underlying such approaches are relatively straightforward but benefit considerably from being spelt out explicitly and not allowing the measurement problems here to dominate.

The combination of PBMA and citizen involvement that would be encapsulated in a constitution for health services would also provide the institutional structures needed to support a systematic approach to priority setting (Ham and Coulter 2001).

***(4) An Appropriate Incentive and Institutional Structure***

The final requirement is for a mechanism to ensure that the recommendations generated by priority setting exercises are acted on. Rules-based approaches to enforcement are too rigid and bureaucratic, allowing no leeway to accommodate individual circumstances. Discretionary approaches however are too easily exploited: all cases become special ones and priority setting is undermined. A better alignment between incentives and the objectives of the system should help but no single approach is likely to bridge this gulf entirely. Greater explicitness and the accountability mechanisms embodied in the constitution offer some protection against vested interests coming to dominate the priority setting dialogue. A 'mini-convention' could bring community representatives and managers together, perhaps annually, to review how resources have been allocated and how well this fits with established principles; and if there are departures then why.

## Unanswered Questions

These recommendations draw on the best of the experiences gained elsewhere, but they do not yet provide a complete solution to priority setting. A number of unanswered questions remain.

First, we have provided no *easy* indication of how the total spent on health care ought to be determined. There is no simple equation to determine the 'right' level of funding. Our recommended approach provides a flexible mechanism for responding to any level of funding, however. If health spending is increased, the mechanism identifies where the additional support should go to do the most good. If spending is reduced, it points to where cuts can be made with the minimum of harm. At an aggregate level therefore, it would be possible to say what gains would be realized if health spending were increased and what would be lost if spending were cut. This information could then be used to compare the benefits of reallocations between health and other public programs. The logistical problems of doing so are enormous, but conceptually this is the correct approach to determining the total spent on health care.

Second, the techniques of economic evaluation are not yet sufficiently well developed for people to have total confidence in the information captured in summary measures of cost-effectiveness. Cost-effectiveness ratios and league tables hide as much as they reveal (Birch and Gafni, 1994). Neither do they necessarily reflect the *social* value of health services (Menzel, Gold, Nord et al. 1999, Ubel, Scanlon, Loewenstein et al. 1996).

Third, despite its long history, there is still work to do done to improve the PBMA approach (Posnett and Street 1997). A critical weakness in practice is the problem in persuading decision-makers to identify candidates for dis-investment and re-allocate resources to services of higher value.[2] There are few incentives to do this and every reason for decision-makers to identify intra-marginal services that are unlikely to be candidates for cutbacks.

There is a major issue here and it is one that applies as far as we can judge to all priority setting techniques. Priority setting is about considering which resources as currently deployed might be better redeployed. In times of fixed or falling budgets (and also potentially even when budgets are increasing) this means shifting resources from A to B. The root problem here is getting decisions made that A will be cut. In turn, this relates to how one can gain acceptance that somebody has a responsibility for the maximization of whatever good it is that the Canadian people want from their health services and are given the tools and incentives to do this. Identifying where this responsibility is to lie and getting that responsibility exercised are at least as important as getting the priority setting approach right.

---

[2] Mitton and colleagues (2002) provide one of the first published examples of disinvestments being identified, with resources reallocated to service developments elsewhere.

Fourth, it is questionable whether a single structure can be used across the whole spectrum of health services, from population-based efforts to promote health through to palliative care. The limiting factor is the difficulty that decision-makers and the public will face when comparing the value of widely divergent programs. The beneficiaries of prevention programs, for example, are largely unknown and may not even be born yet. There thus needs to be some way of ensuring that their voice is heard along with clinicians and patients. Good public health programs are complex affairs requiring sophisticated research methods to evaluate them fully. Since such methods are rarely employed, the quality of the evidence in public health tends to be poorer than for other health services (Rychetnik, Frommer, Hawe et al. 2002). An over-simplistic interpretation of the evidence might then shift resources prematurely out of public health. In recognition of this danger, New Zealand introduced structures to prioritize separately preventive and clinical services. Sweden also recognized the special characteristics of preventive services and assigned them second priority behind life-saving interventions.

Finally, apart from the constitution, we have said little about what formal political or organizational structures need to be put in place to implement the priority setting model. It is likely for example that the trade-offs that Albertans are prepared to make will be different from those acceptable to Atlantic Canadians. Responsiveness to local values would lead to variation in the scope of publicly funded health care among provinces, which would challenge the integrity of the national system. The extent to which Canadians want a national system (and the implications this has for the Canada Health Act) should therefore be another of the values that a constitution should consider.

## Conclusion

Medicare is an important element in the social fabric of Canadian life but Canadians' commitment to the public health system is being undermined by political reluctance to confront the need to set priorities. The Medicare system is sustainable but only if steps are taken to bring private expectations of what the system should provide Canadians as individuals in line with what they are willing to pay for that system as citizens. Fortunately, there is no shortage of experience in addressing this problem and we can take advantage of lessons learnt elsewhere. The model that we suggest does this. It incorporates both community values and professional judgment and provides a structure in which both can be brought together to determine policy. It also provides a means of shaping expectations and providing legitimacy to the tough decisions that need to be made. Where yet more thought is needed is in how to get from recommendations arising from priority setting exercises to implementation. It is this issue that now needs to be addressed.

## References

Alberta - Alberta Health and Wellness. "Alberta Government's response to the Premier's Advisory Council on Health", *Building a better health care system. ",* 2002.

Anderson, GF., J-P Poullier. "Health spending, access and outcomes: trends in industrialized countries", *Health Affairs,* 18, 1999, pp 178-192.

Ashton, T., J. Cumming, N. Devlin. "Priority-setting in New Zealand: translating principles into practice". *Journal of Health Services Research and Policy,* 5, 2000, pp 170-175.

Birch, S. "As a matter of fact: Evidence-based decision-making unplugged", *Health Economics,* 6, 1997, pp 547-559.

Birch, S., A. Gafni. "Cost-effectiveness ratios: in a league of their own", *Health Policy,* 28, 1994, pp 133-144.

Bottomley, V. "Priority setting in the NHS", In *Rationing in Action*, R. Smith (ed), BMJ, London, 1993.

Bowie, C., A. Richardson, W. Sykes. "Consulting the public about healthcare priorities", *British Medical Journal,* 311, 1995, pp 1155-1158.

Charles, C., J.Lomas, M. Giacomini, V. Bhatia, V. Victoria. "Medical necessity in Canadian health policy: four meanings and ... a funeral?", *Milbank Memorial Quarterly,* 75, 1997, pp 365-394.

Coast, J. "Explicit rationing, deprivation disutility and denial disutility: evidence from a qualitative study". In *The Global Challenge of Health Care Rationing*, A.Coulter, C. Ham (eds), Open University Press, Buckingham, 2000.

Committee on Choices in Health Care (Dunning Committee) - Rijswijk, Ministry of Health, Welfare and Cultural Affairs, *Choices in Health Care*, 1992.

Cookson, R., P. Dolan. "Public views on health care rationing: a group discussion", *Health Policy,* 49, 1999, pp 63-74.

____. "Principles of justice in healthcare rationing", *Journal of Medical Ethics*, 26, 2000, pp 323-329.

Cookson, R., D. McDaid, A. Maynard. "Wrong SIGN, NICE mess: is national guidance distorting allocation of resources?", *British Medical Journal,* 323, 2001, pp 743-745.

Culyer, AJ. "The rationing debate: maximizing the health of the whole community. The case for", *British Medical Journal,* 314, 1997, pp 667-669.

Cumming, J. "Defining core services: New Zealand experiences", *Journal of Health Services Research and Policy,* 2, 1997, pp 31-37.

Deber, R., Narine L., Baranek P., Sharpe N., Zlotnik-Shaul R., Coyte P., Pink G., Williams P. The public – private mix in health care. In *Canada Health Action: Building on the Legacy, vol 4. Health Care Systems in Canada and Elsewhere*, National Forum on Health, Editions MultiMondes, Quebec, 1998.

Department of Health. *Government Response to the First Report of the Health Committee, Session 1994-95, Priority Setting*, London, HMSO, 1995.

Dolan, P., R. Cookson. "A qualitative study of the extent to which health gain matters when choosing between groups of patients", *Health Policy,* 51, 2000, pp 19-30.

Dixon, J., B. New. "Setting priorities New Zealand style", *British Medical Journal,* 314, 1997, p. 86.

Evans, RG., ML. Barer, GL. Stoddart, V. Bhatia. "It's not the money, it's the principle: why user charges for some services and not others?", *Report to the Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice*, 1993.

Ferriman, A. "Report suggests the NHS is not sustainable", *British Medical Journal,* 319, 1999, p. 801.

Frankish, CJ., B. Kwan, PA. Ratner, J. Wharf-Higgins, C. Larsen. "Challenges of citizen participation in regional health authorities", *Social Science and Medicine,* 54, 2002, pp 1471-1480.

Graves FL, P. Beauchamp, D. Herle. "Research on Canadian values in relation to health and the health care system", In *Canada Health Action: Building on the Legacy, 5, Evidence and Information*, National Forum on Health, Editions MultiMondes, Quebec, 1998.

Ham, C. "Health care rationing – the British approach appears likely to be based on guidelines", *British Medical Journal,* 310, 1995, pp 1483-1484.

Ham C, A. Coulter. "Introduction: international experience of rationing (or priority setting)", In *The Global Challenge of Health Care Rationing*, Coulter A, Ham C. (eds), Open University Press, Buckingham, 2000.

_____. "Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices", *Journal of Health Services Research and Policy,* 6, 2001, pp 163-169.

Harris, J. "Maximising the health of the whole community: the case against: what the principal objective of the NHS should really be", *British Medical Journal*, 314, 1997, pp 669-672.

Harrison, A., J. Dixon, B. New, K. Judge. "Funding the NHS: is the NHS sustainable?" *British Medical Journal*, 1997, 314, pp 296-298.

Harrison S., DJ. Hunter. *Rationing Health Care*, Institute for Public Policy Research, London, 1994.

Health Funding Authority. *How Shall We Prioritize Health and Disability Services?* A Discussion Paper, Health Funding Authority, Wellington, 1993.

Holmstrom, S. *Sweden and priority setting*. http:/swahc.org/priority.htm. downloaded 16 August 1999.

Hurley, J., S. Birch, G. Stoddart, G. Torrance. "Medical necessity, benefit and resource allocation in health care", *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, 1997, pp 223-230.

Hurley, J., JL. Cosby, M. Giacomini, B. Hutchison. *Making resource allocation decisions in the health care sector: a review of some proposals*, HEALNet Occasional Paper No. 4, Regional Research Centre, Saskatchewan, 2000.

Jordon, J., T. Dowswell, S. Harrison, RJ. Lilford, M. Mort. "Whose priorities? Listening to users and the public", *British Medical Journal*, 316, 1998, pp 1668-1670.

Kitzhaber, JA. "Rationing in action. Prioritizing health services in an era of limits: the Oregon experience", *British Medical Journal*, 307, 1993, pp 373-377.

Klein, R. "Priorities and rationing: pragmatism or principles?", *British Medical Journal* 1995, 311, pp 761-762.

Klein, R., P. Day, S. Redmayne. *Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service*, Open University Press, Buckingham, 1996.

Lenaghan, J. *Rationing and Rights in Health Care*, Institute of Public Policy Research, London, 1996.

Lenaghan, J., B. New, E. Mitchell. "Setting priorities: is there a role for citizens' juries?", *British Medical Journal*, 312, 1996, pp 1591-1593.

Lomas, J. "Reluctant rationers: public input to healthcare priorities", *Journal of Health Services Research and Policy*, 2, 1997, pp 103-111.

Mays, N. "Legitimate decision-making: the Achilles heel of solidaristic health care systems", *Journal of Health Services Research and Policy,* 5, 2000, pp 122-126.

Menzel, P., MR. Gold, E. Nord, J-L. Pinto-Prades, J. Richardson, P. Ubel. "Towards a broader view of values in cost-effectiveness analysis of health care", *Hastings Centre Reports,* May-June 1999, pp 2-10.

Mitton, C., C. Donaldson, S. Dean, B. West. "Program budgeting and marginal analysis: a priority setting framework for Canadian regional health authorities", *Healthcare Management Forum,* 13, 2000, pp 24-31.

Mitton, C., S. Patten, H. Waldner, C. Donaldson. "Priority setting in health authorities: a novel approach to a historical activity", Mimeo, Centre for Health and Policy Studies, University of Calgary, 2002.

Mooney, G. "Communitarian claims as an ethical basis for allocating health care resources", *Social Science & Medicine*, 47, 1998, pp 1171-80.

Mooney, G., K. Gerard, C. Donaldson, S. Farrar. *Priority Setting in Purchasing: Some Practical Guidelines*., National Association of Health Authorities and Trusts, Birmingham, 1992.

Mooney, G., S. Jan, V. Wiseman. "Examining preferences for allocating health care gains", *Health Care Analysis,* 3, 1995, pp 261-5.

Mooney, G., V.A. Wiseman. "constitution' for health services", *Journal of Health Services Research and Policy,* 4, 1999, pp 195-196.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services. *Core Services for 1995/96*, National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services, Wellington, 1994 .

Naylor, CD. "Healthcare in Canada: incrementalism under fiscal duress", *Health Affairs,* 18, 1999, pp 9-26.

New, B. (on behalf of the Rationing Agenda Group). "The rationing agenda in the NHS", *British Medical Journal,* 312. 1996, pp 1593-1601.

Nord, E., J. Richardson, A. Street, H. Kuhse, P. Singer."Maximizing health benefits versus egalitarianism: an Australian survey of health issues", *Social Science and Medicine*, 41, 1995a, pp 1429-1437.

____. "Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values?", *Health Policy,* 34, 1995b pp 79-94.

Oberlander, J., T. Marmor, L. Jacobs. "Rationing and medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan", *Canadian Medical Association Journal,* 164, 2001, pp 1583-1587.

Organisation of Economic Co-operation and Development. *OECD Health Data 2001*, OECD, 2001.

Office for Oregon Health Plan Priority and Research. *The Uninsured in Oregon, 1998*, The Office, Salem OR, 1999.

Oxfordshire Priorities Forum. *Priority Setting in Practice*, Oxfordshire Health Authority, 2001.

Posnett J, A. Street. "Programme budgeting and marginal analysis: an approach to priority setting in need of refinement", *Journal of Health Services Research and Policy* 1, 1997, pp 147-152.

Premier's Advisory Council on Health. *A Framework for Reform*, Premier's Advisory Council on Health, Alberta, 2001.

Royal College of Physicians. *Setting Priorities in the NHS: A Framework for Decision-making*, RCP, London, 1995.

Rychetnyk, L., M. Frommer, P. Hawe, A. Shiell. "Criteria for evaluating evidence of public health interventions", *Journal of Epidemiology and Community Health,* 56, 2002, pp 119-127.

Shiell, A. Health outcomes are about choices and values: an economist's perspective on the health outcomes movement. *Health Policy*, 5, 1997, pp 5-15.

Stoddart, GL., ML. Barer, RG. Evans. *User charges, snares and delusions: another look at the literature, Report to the Premier's Council on Health, Well-being and Social Justice*, 1994.

Tengs, TO. "An evaluation of Oregon's Medicaid rationing algorithms", *Health Economics*, 5, 1996, pp 171-182.

Ubel, PA., D. Scanlon, D. Loewenstien, M. Kamlet. " Individual utilities are inconsistent with rationing choices: a partial explanation of why Oregon's cost-effectiveness list failed", *Medical Decision-making,* 16, 1996, pp 108-119.

Vanberg, VJ. *Rules and choice in economics,* Routledge, London, 1994.

Weale, A. "Rationing health care", *British Medical Journal,* 316, 1998, p. 410.

Williams, A. "Intergenerational equity: an exploration of he "fair innings" argument", *Health Economics,* 6, 1997, pp 117-132.

Wilson, R., MS. Rowan, J. Henderson. "Core and comprehensive health care services: I introduction to the Canadian Medical Association's decision-making framework", *Canadian Medical Association Journal,* 152, 1995, pp 1063-1066.

Wiseman, V., G. Mooney, G. Berry, KC. Tang. "Involving the general public in priority setting: experiences from Australia", *Social Science and Medicine,* forthcoming.

Commission sur
l'avenir des soins de santé
au Canada

Commission on the
Future of Health Care
in Canada

ÉTUDE Nº 6

# Cadre d'évaluation de la portée du financement public des programmes et des services

par

**Alan Shiell**

Université de Calgary

**Gavin Mooney**

Université de technologie Curtin

Perth, Australie-Occidentale

juillet 2002

N° de catalogue CP32-79/6-2002F-IN

ISBN 0-662-87706-3

**Bien que les opinions exprimées dans ces études n'engagent que celles du ou des auteurs, toutes ces études furent soumises à un processus indépendant d'examen par des pairs. La Commission tient à remercier l'Institut des services et de politiques de la santé (ISPS) des Instituts de recherche en santé du Canada pour avoir assuré la surveillance et la bonne marche de ce processus d'examen des études par des pairs. La participation des auteurs, des examinateurs et de l'ISPS à la réalisation de ces études constitue un apport important aux travaux de la Commission et contribuera à l'héritage qu'elle laissera.**

Le générique masculin sera utilisé uniquement dans le but d'alléger le texte.

## Table des matières


**Points saillants** iv

**Sommaire** v

**Remerciements** viii

**Introduction** 1

**Critères potentiels pour établir les priorités** 4

**Expériences de fixation des priorités outre-mer** 7
- Oregon 7
- Les Pays-Bas 8
- Suède 8
- Nouvelle- Zélande 9
- Le Royaume-Uni 10

**Leçon à tirer de cette expérience** 12
- (1) La responsabilité de fixer des priorités est une prérogative de plusieurs niveaux du système de santé 12
- (2) Tout rationnement doit reposer sur une combinaison de données et de valeurs 13
- (3) Tout rationnement doit reposer sur une combinaison de technique et de jugement 13
- (4) Les valeurs de qui devrait-on considérer? 14
- (5) L'élimination de certains services est inefficace et n'est pas conforme au principe de solidarité du système 15
- (6) Le processus de prise de décision est important 16
- (7) Prise de décision et application 16

**La voie de l'avenir au Canada** 17
- Propositions actuelles 17
- Une nouvelle approche 19
  - (1) Constitution canadienne des services de santé 19
  - (2) Améliorer les données disponibles 21
  - (3) Un cadre de prise de décision 21
  - (4) Une structure incitative et institutionnelle appropriée 23

**Questions sans réponse** 25

**Conclusion** 27

**Bibliographie** 28

## Points saillants

- Le régime public d'assurance-maladie est viable si nous sommes prêts à définir à la fois un ordre de priorité pour les services que nous offrons, l'étendue de ces services, les personnes à qui ils s'adressent et les circonstances dans lesquelles ils seront dispensés. Nous devrons inévitablement imposer une certaine forme de rationnement. La plus grave menace qui pèse sur le régime est notre réticence à nous attaquer à ce problème.
- La détermination des objectifs ne peut, en aucun cas, être un processus purement technique. Elle suppose que l'on trouve un certain équilibre entre valeurs et réalités, que l'on pose des jugements, tout en ayant également recours à des techniques.
- D'autres instances se sont déjà attaquées au problème de la fixation de priorités, sans qu'aucune ne parvienne à une solution, mais le Canada peut et devrait tirer parti de leur expérience.
- De notre analyse de ces leçons, nous dégageons quatre éléments essentiels, selon nous, pour réussir à fixer des priorités :
    - Le premier est l'adoption d'une « constitution » canadienne des services de santé.
    - Le deuxième est la nécessité de renforcer et d'élargir la base des connaissances permettant de prendre des décisions en orientant les efforts de recherche vers l'évaluation du coût et des conséquences de tout changement marginal dans la prestation des services de santé.
    - Troisièmement, nous devons nous doter d'un cadre de prise de décision du type de celui qu'offre la budgétisation de programme et l'analyse différentielle afin de traduire les principes dans la réalité.
    - Quatrièmement, nous devons disposer de structures incitatives et institutionnelles appropriées pour nous assurer que les changements recommandés sont effectivement mis en oeuvre.
- De ces quatre éléments, le plus important est la constitution. Elle contient un énoncé des principes devant régir le régime d'assurance-maladie et des compromis que nous sommes prêts à faire par rapport à ces principes. Ce mécanisme permettra de s'assurer d'une participation significative du public, d'établir une certaine justice dans les procédures et donc de renforcer la légitimité des décisions prises.
- Dans l'approche que nous suggérons, nous intégrons à la fois les valeurs de la collectivité et le jugement professionnel, ce qui nous permet d'établir une structure dans laquelle sont pris en considération ces deux éléments lors de l'élaboration des politiques. Cette structure permet également de modeler les attentes et de légitimer les décisions difficiles qui doivent être prises. Là où il faudra pousser encore la réflexion, c'est sur la façon de mettre en pratique les recommandations découlant des exercices d'établissement des priorités. C'est cette problématique que nous devons maintenant étudier.

## Sommaire

L'augmentation du coût des soins de santé rend de plus en plus difficile la réalisation du rêve des Canadiens d'un système de santé capable d'offrir à tous les citoyens des soins complets et de haute qualité, quelle que soit leur capacité de payer. En fait, l'écart qui se creuse entre les attentes individuelles et la volonté publique de payer est peut-être en train de mettre en péril l'existence même du régime d'assurance-maladie. Le problème des Canadiens n'est pas seulement, à strictement parler, le résultat inévitable du conflit entre des coûts incontrôlables, l'augmentation de la demande de services, et le caractère limité des ressources. On y voit plutôt la conséquence de la réticence du milieu politique à encourager un débat public sur les principes dont les Canadiens ont fait la pierre angulaire de leurs services de santé et sur les priorités qu'ils souhaitent attribuer à chacun des aspects conflictuels qui découlent d'un environnement aux ressources inévitablement limitées.

La Commission a demandé aux auteurs de ce document d'examiner trois questions. Quels critères devrait-on appliquer pour déterminer l'importance du niveau de financement public d'un programme ou d'un service? Quelles sont les politiques canadiennes qui répondent le mieux à ces critères et quelles sont les moins défendables? À quel domaine devrait-on élargir le financement public, et dans quel domaine devrait-on le réduire? Les problèmes du régime d'assurance-maladie ne seront cependant pas réglés en définissant simplement quels sont les *services* qui doivent bénéficier de la protection publique, et les autres. Pour concilier les attentes individuelles et la volonté de la collectivité de payer, nous devons également nous demander à qui ces services sont dispensés, dans quelle mesure et dans quelles circonstances. Nous devons établir des priorités.

Cette problématique nous a amenés à examiner, d'une part, les principes sur lesquels il faudrait se baser pour assujettir l'accès aux soins de santé à un ordre de priorité et, d'autre part, l'expérience acquise dans d'autres pays qui ont essayé de résoudre l'épineux problème de la satisfaction des attentes individuelles avec des ressources limitées.

Plusieurs principes éthiques peuvent nous orienter pour définir les priorités au Canada, dont la maximisation des avantages, le caractère égalitaire du système et une stratégie basée sur les demandes exprimées. Aucun de ces principes ne saurait se révéler acceptable isolément. De toute évidence, le public préfère une stratégie mixte assurant une certaine équité dans l'accès aux services de santé, à condition que les soins prodigués soient efficaces.

Plusieurs États se sont déjà penchés sur la façon d'établir des priorités dans le système public de santé, dont, en particulier, l'Oregon, les Pays-Bas, la Suède, la Nouvelle-Zélande et le Royaume-Uni. Chacun a adopté une approche légèrement différente, mais aucun n'a réussi à régler complètement le problème et tous continuent à apporter des modifications au processus qu'ils avaient mis en place. L'Oregon a retiré certains services de sa liste de priorités. La Suède a défini des principes généraux et laissé le soin à des agences locales de les mettre en application. La Nouvelle-Zélande a mis

l'accent sur l'élaboration de lignes directrices fondées sur les résultats et sur un processus administratif de prise de décision pour ce qui est du rationnement de l'accès aux soins. Il semblerait le Royaume-Uni soit en train de s'engager sur la même voie que la Nouvelle-Zélande.

Plusieurs leçons découlent de ces expériences. Tout d'abord, l'établissement des priorités suppose la participation des décideurs à trois niveaux, soit le niveau clinique, celui de la planification et le niveau national et provincial. Étant donné que le genre de décision de rationnement varie selon chacun de ces niveaux, ainsi en sera-t-il aussi précisément de l'application pratique de toute méthode d'établissement des priorités. Deuxièmement, la fixation des priorités repose sur un ensemble de faits et de valeurs, de techniques et de jugements. Il n'existe aucune réponse toute simple, pas plus que de corrections techniques toutes prêtes. Il est possible de s'assurer que les priorités sont fixées de façon plus explicite, plus structurée et plus conforme aux objectifs sociaux généraux, mais, de par sa nature même, ce processus restera très désordonné et intuitif. Rien ne sert de vouloir élaborer une stratégie fondée uniquement sur des considérations techniques et des résultats. Il n'en existe pas et il ne pourra jamais y en avoir. Troisièmement, éliminer des services de la liste de ceux qui sont offerts n'est pas une bonne stratégie pour fixer des priorités. Il y en a très peu qui soient toujours inefficaces ou inappropriés. Ceux-là sont généralement peu significatifs par rapport à l'ensemble des soins de santé dispensés, et les cliniciens trouvent des moyens pour contourner les restrictions. L'avantage de supprimer un service est minime, alors que le risque de galvaniser l'opposition à toute planification rationnelle est grand. Enfin, la plus importante leçon à tirer est l'importance de se doter d'un *processus* juste et équitable de fixation des priorités afin d'assurer la légitimité des décisions qui sont prises.

En analysant ces leçons, nous relevons quatre éléments essentiels au succès des efforts pour établir des priorités. Le premier est une « constitution » canadienne des services de santé. Ensuite, il faut renforcer les données fondamentales sur lesquelles on s'appuie pour prendre des décisions en orientant les efforts de recherche vers l'évaluation des coûts et des conséquences de tout changement marginal des services offerts. Troisièmement, nous devons nous doter d'un cadre de prise de décision comportant un mécanisme pratique d'application dans la réalité des principes retenus. Nous recommandons une stratégie comportant un processus de budgétisation de programmes et d'analyse différentielle. Il sera ainsi plus facile de contrôler celui de fixation des priorités en portant tout d'abord l'attention sur la gamme des services offerts actuellement, puis sur les conséquences des changements marginaux. En quatrième lieu, il est nécessaire de se doter de structures incitatives et institutionnelles appropriées afin de s'assurer que les modifications du système recommandées sont effectivement mises en place.

Le plus important, c'est la constitution, qui permettrait de préciser les grands principes devant régir l'ensemble du système de santé au Canada, ainsi que les compromis que les Canadiens sont prêts à accepter entre ces divers principes. Le fait de ne pas aborder la problématique de la fixation adéquate des priorités compromet le soutien de la population envers le régime d'assurance-maladie. Il vaudrait la peine de réexaminer, voire même de remodeler les principes sur lesquels s'appuie le régime ou, du

moins, sur lesquels il devrait s'appuyer. Cette constitution serait également le mécanisme grâce auquel on s'assurerait d'une participation significative de la population, de la justice des procédures et, partant, de la légitimité des décisions à prendre.

Ces recommandations s'appuient sur l'idée qu'une certaine forme de rationnement des soins de santé est inévitable. La question fondamentale reste alors celle de la fixation des priorités : de quelle façon doit-on répartir les ressources affectées à la santé pour répondre à des fins concurrentes? Nous avons rejeté l'idée d'imposer un rationnement fondé seulement sur le prix des services, parce que cette façon de voir est incompatible avec le désir des Canadiens d'un système de santé fondé sur l'égalité d'accès pour tous. Le régime d'assurance-maladie et les principes sociaux sur lesquels il est basé sont durables, mais seulement dans la mesure où les Canadiens sont conscients des contraintes que le financement collectif du système impose à leurs attentes individuelles. L'approche que nous recommandons ici permettra d'atteindre cet objectif.

## Remerciements

Les auteurs remercient sincèrement Stephen Birch, Cam Donaldson, Penny Hawe et Stephen Lewis de leur contribution à ce document et de leurs commentaires sur un projet précédent, ainsi que Bonnie Rush, de son appui dans le domaine de la recherche. Alan Shiell est parrainé par l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research et Gavin Mooney par le ministère de la Santé d'Australie-Occidentale. Les opinions exprimées dans ce rapport et toute erreur qui aurait pu s'y glisser sont la seule responsabilité des auteurs.

## Introduction

Les Canadiens veulent un système qui soit complet, qui leur offre des soins de qualité et dont tous les citoyens peuvent bénéficier, quelle que soit leur capacité de payer (Graves, Beauchamp et Herle, 1998). Cependant, c'est un objectif qui pourrait être impossible à atteindre, puisque tout engagement envers un système universel offrant des soins de qualité ne peut que se trouver en butte à des mesures budgétaires dont l'objectif est de contrôler les dépenses publiques (Naylor, 1999), et cela, même si le revenu national continue à augmenter. Nous devons trouver des mécanismes qui permettent d'établir de façon plus réaliste les attentes des Canadiens envers leurs services de santé, et définir les compromis que ceux-ci sont prêts à accepter entre des objectifs concurrents dès lors qu'ils se rendront compte, ou qu'ils seront forcés d'admettre, qu'il n'est pas possible de les réaliser tous.

Les problèmes du régime d'assurance-maladie sont fréquemment associés à une « pression incontrôlable des coûts », à cause notamment des progrès dans le domaine de la technologie, des nouveaux médicaments ou de l'évolution démographique, facteurs qui contribuent à augmenter le coût des soins à un rythme plus élevé que celui de la capacité du pays à payer. L'augmentation des attentes d'une population de mieux en mieux informée sur les options médicales qui s'offrent à elle ajouterait également à l'accroissement de la demande imposée au système de santé. Cette façon de voir les choses amène inévitablement à la conclusion qu'aucun système financé à même les fonds publics, comme le régime d'assurance-maladie, ne saurait être viable dans sa forme actuelle (Ferriman, 1999; Conseil consultatif du premier ministre de l'Alberta sur la santé, 2001).

Nous rejetons ce type d'argument. Les problèmes du régime d'assurance-maladie ne sont pas le résultat de quelque conflit inévitable entre une augmentation incontrôlée de la demande et des ressources limitées (Mays, 2000). C'est plutôt le reflet de la réticence des politiques à imposer des limites au financement public de ce système (Ham et Coulter, 2001). Nos aspirations à l'endroit des services de santé constituent un « triplet incohérent » (Weale, 1998). Nous pouvons nous doter d'un système universel de haute qualité, mais incomplet, ou bien encore d'un système complet, ouvert à tous, mais dont les services offerts ne sont pas de la plus haute qualité. Cependant, dans un monde où les ressources sont limitées, les Canadiens ne peuvent avoir accès à des services complets de haute qualité. Il convient d'équilibrer les aspirations de la population et ce que la rareté des ressources permet de lui offrir. On doit donc inévitablement envisager une certaine forme de priorités ou de rationnement, expressions que, suivant en cela Ham et Coulter (2000), nous utilisons indifféremment; la seule question est de savoir quelles sont les modalités à retenir et leur finalité.

Le Canada n'est pas le seul pays qui doive faire face à cette difficulté. Partout dans le monde, les gouvernements ont cherché à « résoudre la quadrature du cercle » entre les désirs des individus et les limitations du financement public. À l'exception de ceux des États-Unis, les décideurs politiques ont rejeté l'option d'abandonner le caractère d'universalité de leur régime, ce qui reviendrait à refuser toute protection médicale à

divers segments de la population (Anderson et Poullier, 1999). On a plutôt envisagé des solutions qui consistent à repenser la notion d'intégralité en essayant, par exemple, de définir un ensemble de services de base que le système public pourrait offrir, comme l'ont fait les autorités de Nouvelle-Zélande au début des années 1990 (Autorité du financement de la santé, 1993).

Les débats sur la réforme des soins de santé ont, le plus souvent, porté sur l'analyse des services financés par le secteur public plutôt que privé, ou sur un ensemble de mécanismes comme le financement des hôpitaux en fonction des cas traités plutôt que d'une indemnisation journalière. Il n'est cependant pas possible de poser un jugement rationnel dans ce domaine si l'on n'a pas une bonne idée des principes qui doivent régir les services de santé, pas plus qu'il n'est imaginable que l'on puisse régler ces problèmes sans savoir quels sont réellement les choix que privilégient les gens en cas de conflit des priorités. Ce n'est pas là tâche facile, mais on fait déjà des choix qui restent toutefois obscurs, dans un contexte où fait totalement défaut la transparence qui permettrait aux Canadiens d'avoir leur mot à dire et de comprendre quels sont les compromis auxquels ils doivent souscrire.

Les membres de la Commission nous ont posé trois questions :

(1) Quels critères devrait-on retenir pour décider qu'un programme ou un service doit être financé en tout ou en partie à même les fonds publics ou ne pas l'être du tout?

(2) Des politiques ou stratégies canadiennes, lesquelles sont les plus conformes à ces critères et lesquelles sont les moins défendables?

(3) Dans quels domaines faudrait-il augmenter le financement public, et dans lesquels pourrait-on le réduire?

La première question est, en essence, normative. En tant qu'économistes, nous pouvons discuter des critères que l'on *pourrait* appliquer pour déterminer si tel ou tel service doit être partiellement ou totalement financé à même les derniers publics, mais la décision quant aux critères qu'il *faudrait* utiliser doit rester entre les mains de ceux qui financeront le système et en retireront les avantages, autrement dit le public canadien. On ne peut prendre de décision sur ce qui doit rester public et ce qui devrait être privatisé en l'absence de toute valeur. Les principes sur lesquels doit reposer le système de santé doivent être établis avant de trancher. Dans tous les cas, la solution des problèmes du régime d'assurance-maladie ne dépend pas uniquement de la décision que tel ou tel service doit, ou ne doit pas, être assuré par le système public. Nous devons penser à ceux à qui ces services s'adressent, à l'étendue de ceux-ci et aux circonstances dans lesquelles ils seront dispensés.

Pour cela, il faudra encore articuler les principes sur lesquels repose la hiérarchisation des services, mais le véritable défi sera de les traduire dans la pratique (Klein, 1995). Comment déterminer les *compromis* que les Canadiens sont prêts à accepter entre les différents critères s'ils ne peuvent obtenir satisfaction sur tous les plans? Quelle est la

meilleure façon de communiquer cette information aux décideurs? Comment pouvons-nous être sûrs que les décisions qu'ils prennent respectent les principes établis? Comment appliquer ces décisions dans la réalité?

Dans ce document, nous examinons les principes et les critères qu'il serait possible de retenir pour déterminer l'importance et le contenu des soins financés publiquement au Canada, et nous étudions l'expérience de divers pays afin d'en tirer des leçons sur la façon de les traduire au niveau opérationnel. Nous évaluons ensuite certaines propositions canadiennes pour fixer les priorités avant de présenter nos propres recommandations. Enfin, nous examinons quelques-unes des grandes questions en suspens avant de tirer des conclusions.

À strictement parler, nous ne nous préoccupons pas vraiment de l'importance, au total, du financement public des soins de santé ou de savoir s'il serait possible de rendre le secteur public plus efficace. Il serait possible d'améliorer l'efficacité de l'organisation et, avec un financement plus élevé, d'alléger les difficultés qu'entraîne la limitation des ressources, mais aucun de ces deux mécanismes ne saurait constituer un moyen pour passer outre à la nécessité d'établir des priorités ou de rationner les soins.

Nous n'essayons pas non plus de savoir si un système privé serait plus avantageux qu'un système public, mais le problème ne peut pas être totalement écarté. Cette problématique d'un secteur privé meilleur que le secteur public sera certes inévitablement soulevée, tout au moins par ceux qui ont les moyens financiers de l'envisager. Le problème est encore exacerbé par le fait que ce qui est « bon » peut est différent dans les deux systèmes, d'où la difficulté de déterminer ce qui est « mieux ». Par exemple, la préoccupation des individus touche-t-elle uniquement leur santé et celle de leur famille et leur accès aux soins, ou s'intéressent-ils à ces questions d'un point de vue plus social? Dans les pays où la notion de « solidarité sociale » est importante, comme en Scandinavie, les préoccupations sociales l'emporteront et l'investissement dans les services de santé publics sera plus élevé. Si, au contraire, la société est plus individualiste, comme aux États-Unis, ce sont les services de santé privés qui prévaudront.

## Critères potentiels pour établir les priorités

Le gouffre entre les attentes privées et la volonté publique de contribuer au financement des soins de santé est l'un des effets secondaires malheureux, mais inévitables, de l'attitude institutionnelle devant une caractéristique plus fondamentale de ces soins. L'incidence de la maladie, son évolution et le coût des soins sont tous incertains. La réponse officielle à cette incertitude est la mise en commun des risques. Cette façon de procéder contribue à creuser un fossé entre le recours individuel aux services de santé et le prix à payer pour cela. Sur le marché des biens plus conventionnels, l'offre et la demande entrent en ligne de compte dans le mécanisme de fixation des prix. L'accès est rationné par la volonté et la capacité de l'individu de payer. Dans le domaine des soins, le paiement des services par un tiers, une assurance publique ou privée, libère l'individu de la discipline du marché, cette liberté entraînant, à son tour, une augmentation de la demande.

Pour certains, la solution consisterait à redonner une certaine importance aux forces du marché en instaurant un ticket modérateur (copaiement). Les arguments en faveur de cette approche sont simples. Le ticket modérateur permettrait de combler le fossé entre les attentes de l'individu et la volonté collective de payer grâce à une réduction de la demande, une augmentation des revenus du système, ou une combinaison des deux. Les contre-arguments sont plus complexes. Les soins de santé ne constituant pas un bien de consommation classique, l'offre et la demande ne suivent pas nécessairement dans ce domaine les tendances que l'on pourrait prévoir au moyen d'une analyse du marché. De plus, l'assurance-santé publique, financée par les impôts, est non seulement un mécanisme de mise en commun des risques, bien plus efficace d'ailleurs qu'une assurance-santé privée, mais également un important système de redistribution qui permet d'éliminer les obstacles financiers à l'accessibilité et de transférer la richesse en faisant payer le contribuable pour le malade (Stoddart, Barer et Evans, 1994). Les partisans d'un plus grand rôle du financement privé des services de santé tendent à minimiser cet aspect du régime d'assurance-maladie.

Plutôt que de rationner l'accès aux soins de santé en fonction de la capacité de payer de l'individu, il serait possible de définir qui peut bénéficier d'un accès prioritaire à tel ou tel type de service, dans quelle mesure et dans quelles circonstances. Plusieurs mécanismes existent pour limiter l'accès (Harrison et Hunter, 1994). Ce qui est important ici , ce sont les principes à partir desquels on va fixer les priorités afin de s'assurer que les ressources disponibles sont affectées là où, socialement, c'est le plus justifié. On peut retenir un certain nombre de principes potentiels (Hurley, Cosby, Giacomini et al., 2000), dont les trois suivants : maximisation, égalité et réaction à la demande[1]. Dans le premier cas, l'objectif est d'affecter les ressources de façon à en retirer le maximum d'avantages.

---

[1] Nous ne considérons par les stratégies « fondées sur les besoins individuels » comme une catégorie différente (Cookson et Dolan, 2000). Si le besoin est défini comme la capacité de bénéficier des services, il s'agit alors d'une sous-catégorie du point de vue de la maximisation. Si, par contre, le besoin est défini en fonction de la gravité de l'affection, il devient une sous-catégorie dans les stratégies fondées sur la demande.

Par maximisation, on entend généralement celle des résultats sur le plan médical (Culyer, 1997), bien que certains autres aspects puissent être pris en compte. Ce type de stratégie suppose également une certaine forme d'égalitarisme puisque, en ce qui concerne simplement la maximisation de la santé, toute année où l'individu est en bonne santé a la même valeur, quelle que soit la personne en cause. En ce sens, cette approche est équitable puisqu'on ne « tient aucun compte » des caractéristiques du bénéficiaire. On pourrait cependant appliquer une pondération différentielle des gains sur le plan de la santé afin de donner la priorité à certains groupes sociaux plutôt qu'à d'autres.

Par contre, dans les approches égalitaires, on essaie plus explicitement d'affecter les ressources de façon à réduire les inégalités entre les divers groupes sociaux, autrement dit l'inégalité au niveau de l'accès aux services, les différences dans la situation médicale ou les différences du point de vue de l'espérance de vie en fonction de l'état de santé de la personne (Williams, 1997).

Les stratégies de rationnement des soins de santé fondées sur la demande prennent en compte la responsabilité envers certains membres de la société, et, dans ce cas, des bien portants envers les malades. Dans cette perspective, tous les individus ont droit à un certain niveau de soins. Selon Harris (1997), il s'agit d'un droit absolu, dont l'existence n'est aucunement subordonnée aux caractéristiques de l'individu, ni à l'efficacité relative du traitement. Par contre, dans la conception de Mooney de « demande communautaire », on essaie d'obtenir l'avis de la communauté quant à la légitimité et à l'importance des divers recours aux ressources de santé collectives (Mooney, 1998). L'importance d'une demande peut dépendre d'un certain nombre de facteurs, qu'il revient à la collectivité de définir, dont, par exemple, la capacité de bénéficier des services ou la réduction des iniquités.

Quelle stratégie retenir pour fixer les priorités? Les données recueillies au Royaume-Uni donnent à penser que la population est en faveur d'une stratégie mixte (Cookson et Dolan, 1999; Cookson et Dolan, 2000). Plus précisément, les travaux de Nord et d'autres chercheurs australiens montrent que, dans l'esprit des gens, il est injuste de faire de la discrimination envers les personnes dont la maladie est grave ou coûteuse à traiter et, partant, moins rentable, toutes autres choses étant égales par ailleurs (Nord, Richardson, Street et al., 1995a; Nord, Richardson, Street et al., 1995b). De la même façon, au Royaume-Uni, Dolan et Cookson (2000) ont constaté que la population est en faveur d'un accès égal aux soins de santé dans la mesure où le traitement dispensé respecte un certain seuil d'efficacité, toutefois non précisé.

Autrement dit, toute déclaration de principes directeurs n'a qu'une valeur pratique limitée si elle est trop large (Harrison, Dixon, New et al., 1997). Par contre, si elle est trop détaillée, les citoyens auxquels on demande de la respecter risquent de crouler sous un surplus d'information. L'équilibre à trouver pour définir le niveau auquel s'appliquent les principes est fragile et on pourrait dire que c'est au citoyen lui-même qu'il revient d'en décider (Wiseman, Mooney, Berry et al., à paraître). De plus amples recherches sont nécessaires si l'on veut articuler les caractéristiques fondamentales de chaque principe et déterminer les compromis que les gens sont prêts à accepter entre les différentes options.

D'autres mécanismes, comme une constitution des services de santé (Mooney et Wiseman, 1999), sont nécessaires pour que les décideurs prennent vraiment conscience des valeurs de la collectivité et que l'opinion publique soit prise en compte dans le processus de fixation des priorités aux niveaux où la collectivité veut avoir son mot à dire, sans pour autant être nécessairement partie à chaque décision.

## Expériences de fixation des priorités outre-mer

Le Canada n'est pas le seul pays où l'on se penche sur la protection accordée dans le cadre du régime public d'assurance-maladie, et, avant d'analyser plus en profondeur les mesures prises ici, nous nous arrêterons brièvement à certaines des expériences menées à l'étranger, en particulier en Oregon, aux Pays-Bas, en Suède, en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni.

### Oregon

L'une des tentatives à grande échelle les plus célèbres de régler formellement le problème du rationnement est celle de l'Oregon où, en 1989, on a mis sur pied une commission des services de santé dont le mandat était de recommander à la législature de l'État des moyens d'élargir la couverture du régime Medicaid. Les membres de la Commission espéraient restreindre la gamme des services assurés dans le cadre de ce régime afin qu'un plus grand nombre de personnes puissent en bénéficier. L'objectif était d'établir une classification des procédures en fonction du rapport coût-efficacité puis, en partant de la première sur la liste, de les financer toutes jusqu'à épuisement du budget (Kitzhaber, 1993).

La Commission a consulté le public, examiné les données sur la rentabilité et fait appel à des professionnels et au jugement de ses propres membres pour pallier les carences de l'information dont elle disposait. On a eu recours à une formule pour intégrer l'information et classer en ordre de priorité quelque 709 affections médicales et les traitements correspondants (baptisés doublets affection-traitement) en fonction du rapport coût-efficacité. La première liste de doublets présentait un certain nombre « d'anomalies » bien connues (la pose d'une couronne dentaire bénéficiant, par exemple, d'une priorité supérieure au traitement de l'appendicite) et souleva en général l'hostilité de la population. La Commission réagit en abandonnant le critère de la rentabilité et ajusta manuellement la liste des priorités afin d'éliminer ces anomalies et de répondre ainsi aux allégations de discrimination à l'endroit des personnes handicapées. La liste finale comptait 696 doublets affection-traitement, dont on estimait que les 565 premiers pouvaient être pris en charge par Medicaid. La liste des services admissibies était soumise à un examen permanent, comme c'est encore le cas, et, en 1999, on adoptait une nouvelle liste de 574 doublets affection-traitement admissibles.

L'une des implications de tout cela est que, dans le processus de l'Oregon, on aurait pu tirer avantage d'un débat plus explicite et transparent dès le début des opérations afin que les participants aient une meilleure idée des valeurs auxquelles ils devaient adhérer. Il aurait été possible alors de définir un ensemble de principes sur lesquels aurait pu reposer ensuite tout le processus de décision. Nous reviendrons plus en détail sur cette question.

Cette approche a permis aux responsables de l'Oregon d'augmenter l'étendue de couverture d'assurance et de réduire le pourcentage des gens sans assurance-maladie, qui est passé de 17 % avant la mise en place du nouveau régime à 11 % en 1997 (Office for Oregon Health Plan Priority and Research, 1999). Les services, peu nombreux, éliminés

de la liste étaient peu significatifs, d'où une économie minime sur le plan des coûts (Oberlander, Marmor et Jacobs, 2001).

**Les Pays-Bas**

Les Pays-Bas comptent une population de près de 16 millions d'habitants et consacraient, en 1998, 8,7 % du PIB aux soins de santé, soit 2 150 $US par personne. Près du tiers de ces dépenses (31,4 %) était assumé par des sources privées (Organisation de coopération et de développement économiques, 2001). Les soins de santé sont financés principalement par le biais d'un système obligatoire d'assurance-sociale, auquel s'ajoute l'assurance-privée pour ceux dont le revenu dépasse un certain seuil et qui désirent y souscrire. Les assureurs sont tous des organismes privés sans but lucratif, mais tant la couverture offerte que les primes qu'ils peuvent imposer sont encadrées par une réglementation sévère.

En 1992, on a créé la Commission des choix en matière de santé (Commission Dunning) afin de conseiller le gouvernement des Pays-Bas sur l'ensemble des services devant constituer la couverture de base offerte par tous les assureurs. Dans son rapport final, la Commission faisait un certain nombre de recommandations, dont celle d'introduire l'évaluation de la technologie médicale, d'appliquer des lignes directrices et de se doter d'un protocole et de critères pour déterminer le niveau d'accès et la priorité des patients sur la liste d'attente des hôpitaux (Commission des choix en matière de santé, 1992). La Commission a également établi un cadre permettant de décider quels services devaient faire partie des services de base assurés. Quatre questions étaient posées. Le service est-il nécessaire? Est-il efficace? Est-il efficient? Peut-on laisser l'individu en assumer le coût? Cependant, ce cadre n'a jamais été mis en application puisque, avant même que la Commission n'ait eu la possibilité de déposer un rapport, le gouvernement annonçait que l'ensemble de base comprendrait 95 % des services déjà offerts.

**Suède**

La population de la Suède est d'environ 9 millions d'habitants. En 1998, les dépenses de santé correspondaient à 7,9 % du PIB, soit 1 730 $US par personne, dont 83,8 % provenaient des deniers publics. Les services de santé sont financés grâce à une combinaison d'impôts locaux sur le revenu et d'une contribution de l'État, dont l'importance varie en fonction de la démographie locale. La responsabilité de la prestation des services est entre les mains des conseils de comté et des grandes municipalités.

Au cours des années 1980, la Suède, comme d'autres pays, a dû faire face à l'accroissement du coût des soins à un moment où son revenu national ne progressait que très lentement. En 1992, elle a mis sur pied une commission parlementaire sur les priorités, dont le mandat était de donner des conseils sur la façon de fixer des priorités dans le domaine de la santé. La Commission a déposé son rapport final en 1995. Plutôt que de vouloir définir des services potentiellement plus ou moins prioritaires, elle a estimé que son devoir était de déterminer les principes éthiques devant guider toute décision de rationnement, à savoir : (1) la dignité de la personne, (2) la solidarité et

(3) la rentabilité. En établissement les priorités, les décideurs doivent garder à l'esprit que tous les individus sont égaux. Personne ne doit bénéficier d'un accès privilégié aux services à cause de quelque caractéristique personnelle que ce soit. Deuxièmement, en vertu du principe de solidarité, la préférence doit être donnée aux gens qui en ont le plus besoin et, en particulier, aux groupes vulnérables, les malades mentaux par exemple, dont l'autonomie est menacée par la maladie. Enfin, toutes choses étant égales par ailleurs, il faut dispenser le service de la façon la plus rentable possible. La difficulté est que toutes choses ne sont pas égales. Il est nécessaire de se doter d'un ensemble de valeurs ou de principes plus large ou peut-être plus approfondi à partir duquel il sera possible de faire des compromis et d'établir des priorités.

La Commission ne privilégiait pas tel ou tel service plutôt que tel autre, mais a donné une indication sur la façon de tenir compte de ces principes pour définir les priorités. Selon elle, tous les individus ont droit à un diagnostic rapide. Il faut ensuite accorder la priorité absolue au traitement des maladies graves pouvant entraîner la mort ou un handicap, puis, donner la priorité aux mesures de prévention de la maladie dans la population. Une priorité moins élevée serait ensuite accordée aux maladies moins graves ou chroniques et elle serait assortie de la possibilité de décider qui serait le premier à pouvoir bénéficier des ressources disponibles au sein du groupe.

La Commission a présenté une plateforme éthique permettant de prendre des décisions en matière de priorité, mais a donné peu d'indications quant à la façon de traduire les principes dans la pratique. Cette tâche a été laissée aux conseils de comtés et aux municipalités qui ont la responsabilité de dispenser les services de santé (Holmstrom, 1999). On est en train d'expérimenter différentes stratégies dans divers domaines. À Falun, par exemple, où les progrès sont les plus importants, les gestionnaires cliniciens et des services ont travaillé ensemble à l'élaboration d'une méthode de classification des services médicaux conforme aux principes éthiques retenus. L'objectif est de pouvoir recourir à cette classification pour mieux aligner les besoins en soins de santé et les ressources disponibles. Cela permettra d'assurer un accès plus équitable aux ressources aux patients affectés par des maladies différentes, mais dont le besoin est tout aussi pressant (équité horizontale, en quelque sorte) et de hiérarchiser l'accès aux ressources au profit des patients qui en ont le plus besoin (équité verticale). Il est cependant encore trop tôt pour juger de l'efficacité de la stratégie de Falun.

**Nouvelle-Zélande**

La Nouvelle-Zélande ne compte que 3,8 millions d'habitants. En 1998, le pays consacrait 8,1 % de son PIB aux soins de santé, soit l'équivalent de 1 440 $US par personne, 23 % des fonds provenant de sources privées.

Le système de santé de Nouvelle-Zélande a subi une profonde réorganisation au cours de la dernière décennie. Ce pays a été l'un des premiers à mettre en place un régime universel d'assurance-maladie doté d'un financement public, et à adopter, au début des années 1990, une stratégie plus compétitive et orientée vers le marché. On a mis en place un modèle acheteur-fournisseur et on avait l'intention de passer éventuellement à un

système de concurrence dirigée, les fournisseurs publics et privés se faisant concurrence pour obtenir les contrats de services auprès des organismes d'achat de la Couronne. Une fois ces réformes en place, le projet était de limiter l'assurance publique à un noyau restreint de services. Les gens auraient eu alors la possibilité d'acheter une assurance privée supplémentaire pour couvrir ce qui ne l'était pas dans ce noyau de base et même de se retirer purement et simplement du système public. Ces projets ont été abandonnés par la suite.

L'idée de définir un noyau de services pour contrôler le coût des soins de santé n'est cependant pas restée lettre morte. L'organisme statutaire créé pour examiner la question (la Commission consultative nationale des services de base en matière de santé et d'invalidité, par la suite rebaptisée Commission nationale de la santé), examina la stratégie de l'Oregon et celle des Pays-Bas et décida de les rejeter l'une et l'autre (Cumming, 1997). Elle chercha plutôt à effectuer des changements aux deux extrémités de la gamme des services déjà offerts. Quatre principes devaient régir ces changements : l'efficacité, l'optimisation des ressources, l'équité, et la conformité avec les valeurs et les priorités de la collectivité. Les décisions relatives à la répartition des ressources devaient être prises en fonction de lignes directrices fondées sur les faits, et élaborées d'après les données disponibles. Organisme indépendant, la Commission de la santé publique était responsable de l'élaboration d'une stratégie parallèle pour établir la priorité des interventions liées à la santé de la population.

Une autre commission, l'Autorité du financement de la santé, se chargea alors de traduire ces principes en une méthode pratique d'orientation des décisions au niveau de l'autorité responsable des achats. La stratégie privilégiée était de revenir à la structure préconisée par les méthodes économiques de fixation des priorités, dont l'analyse du rendement, la budgétisation de programme et l'analyse différentielle (Autorité du financement de la santé, 1993). On estimait que la budgétisation de programmes associée à l'analyse différentielle (BPAD) constituait un moyen de combiner la nécessité de faire preuve de souplesse en analysant la complexité de chaque décision et le degré de précision et de transparence qui va de pair avec l'obligation de rendre compte. (Ashton, Cumming et Devlin, 2000).

**Le Royaume-Uni**

La population du Royaume-Uni est de près de 60 millions d'habitants. En 1998, les dépenses de santé s'élevaient à 6,8 % du PIB, soit 1 510 $US par personne. Toutes ces dépenses, sauf 16,7 % d'entre elles, sont financées à même les fonds publics.

De même qu'en Nouvelle-Zélande, l'intérêt pour la mise au point d'un ensemble de services de base au Royaume-Uni est né en partie de la réforme des services de santé et de la mise en place d'un modèle acheteur-fournisseur. On s'est alors intéressé à la détermination de priorités entre les nouveaux agents des achats et on a retrouvé de l'enthousiasme pour des techniques comme la BPAD (Mooney, Gerard, Donaldson et al., 1992; Mitton, Donaldson, Dean et al., 2000). Cependant, la participation du gouvernement central se limite à reconnaître la nécessité de fixer des priorités

(Bottomley, 1993) et d'articuler un ensemble de valeurs qui servirait de base aux décisions à prendre (Ministère de la Santé, 1995).

L'initiative d'agir est plutôt venue des autorités régionales de la santé (p. ex., le Oxfordshire Priorities Forum, 2001), des collèges professionnels (Royal College of Physicians, 1995) et d'autres groupes autocréés comme le Rationing Agenda Group, lancé par le King's Fund (New, 1996). Cette stratégie a été qualifiée de « gradualisme pragmatique, les politiques étant en quelque sorte un sous-produit de décisions individuelles » (Klein, 1995), avec pour conséquence un « accès aléatoire aux soins de santé, selon le lieu de résidence des patients » (Dixon et New, 1997).

Il est vraisemblable que le Royaume-Uni va analyser la possibilité d'élaborer des lignes directrices basées sur des données réelles (Ham, 1995), tout en continuant à respecter l'autonomie des acheteurs de la région quant à l'établissement des priorités locales. Le gouvernement a, dans ce but, accordé son soutien aux autorités de la santé en finançant la recherche lors de revues systématiques, de l'évaluation de la technologie et de l'élaboration de lignes directrices (Ham et Coulter, 2000).

## Leçon à tirer de cette expérience

Cette rapide revue nous permet de relever aussi bien des variations que des similitudes dans les stratégies adoptées ailleurs. Aucune ne s'est encore révélée satisfaisante. Chacune évolue au fur et à mesure que les décideurs cherchent des moyens de l'améliorer dans la pratique. Il est également possible que toute « solution idéale », en matière de technique de fixation des priorités, ne puisse être que propre à une culture déterminée ou, à tout le moins, à un système particulier de santé. Il est donc possible de tirer des enseignements des expériences faites ailleurs, mais voler les idées des autres sans réfléchir à leur conséquence dans l'environnement canadien local n'est probablement pas la meilleure façon de procéder.

Les expériences menées à l'étranger nous permettent de tirer plusieurs leçons (Ham et Coulter, 2000).

**(1) La responsabilité de fixer des priorités est une prérogative de plusieurs niveaux du système de santé**

On peut à tout le moins faire une distinction entre les niveaux macro, méso et micro de la prise de décision dans tous les systèmes de santé. Au niveau macro, il s'agit de décider du montant d'argent que l'on veut consacrer aux soins de santé par rapport aux autres biens offerts par le système public et de la répartition de ces fonds entre les diverses régions. Au niveau méso, on s'intéresse davantage à la répartition des ressources entre les divers services ou spécialités dans une juridiction donnée comme la province ou la région. Au niveau micro, ce sont les décisions de nature clinique qui prédominent, la priorité étant établie entre les soins à donner à tel ou tel type de patient.

Toute méthode de fixation des priorités suppose que l'on connaisse bien ces facteurs et leurs conséquences à chaque palier de décision. À l'exception de celle de l'Oregon, les expériences menées ont, jusqu'à maintenant, mis l'accent sur l'élaboration de principes et de cadres de décision généraux, tout en négligeant la problématique de la façon dont ces principes se concrétisent dans les décisions prises à chaque niveau de responsabilité (avec des exceptions cependant - voir plus loin).

De plus, le type de décision prise à chaque niveau varie, tout comme, par conséquent, la mise en pratique de telle ou telle méthode de fixation des priorités. Cependant, au bout du compte, les décisions prises aux différents niveaux doivent être compatibles pour deux raisons. Tout d'abord, et de toute évidence, le coût des services ordonnés au niveau clinique ne peut excéder le montant des fonds alloués au niveau macro. En Nouvelle-Zélande, par exemple, on ne sait trop si les recommandations formulées par ceux qui s'occupent de l'élaboration des lignes directrices seront finalement compatibles avec les propositions relatives aux achats découlant des exercices de BPAD (Cumming, 1997). Au Royaume-Uni, les deux organismes nationaux créés, en Écosse et en Angleterre, ont été critiqués pour n'avoir pas su tenir compte adéquatement du coût de leurs recommandations. Cela risque de contrecarrer les efforts déployés pour établir des priorités au niveau municipal (Cookson, McDaid, Maynard, 2001).

Deuxièmement, les coûts d'option des décisions cliniques ont en fin de compte un impact aux trois niveaux. Si, lorsqu'on leur demande d'approuver une stratégie de fixation des priorités, les cliniciens ne tiennent pas compte de ces considérations plus larges, mais se cantonnent au niveau de « leur » patient, on risque d'avoir de la difficulté à faire approuver en principe les priorités établies, ou à les faire appliquer dans la pratique. L'attitude qui consiste à formuler explicitement des priorités peut cependant contribuer à rapprocher les différents niveaux de décision. Par exemple, en Oregon, les efforts de classement des doublets affection-traitement ont amené la législature à augmenter le niveau de financement de Medicaid afin de couvrir les coûts supplémentaires des interventions jugées utiles, mais qui, auparavant, « n'étaient pas prises en charge ». De la même façon, à Falun, les discussions entre les décideurs hospitaliers et cliniciens promettent d'aboutir à une certaine conformité entre les décisions prises à ces deux niveaux.

**(2) Tout rationnement doit reposer sur une combinaison de données et de valeurs**

Dans les différentes stratégies de rationnement mentionnées ci-dessus, on met l'accent sur la nécessité de fonder les décisions sur la preuve de leur efficacité. Chacune d'elles, à des degrés divers cependant, indique également le rôle que les valeurs doivent jouer dans le processus de décision. La conséquence du rationnement est la limitation de l'accès de l'individu à certains services dont il pourrait tirer avantage afin d'améliorer les possibilités que lui ou une autre personne puisse recevoir une *aide plus valable*. En matière de soins de santé, les décisions ne sont pas uniquement de nature technique : elles impliquent également des choix entre des résultats tout aussi importants (Shiell, 1997). Les partisans d'un processus de prise de décision fondé sur les faits ont commencé à reconnaître l'importance du rôle des valeurs, tout en négligeant cependant les jugements fondés sur les valeurs implicites lors de la production et de l'interprétation des données (Birch, 1997). On court ici le risque d'accorder trop d'importance à la nécessité de baser les choix sur la meilleure façon d'utiliser des ressources limitées en fonction de la qualité des données. Actuellement, comme dans un avenir prévisible, la qualité des données dans le domaine des interventions pharmaceutiques est supérieure à celle que l'on possède sur la plupart des interventions en santé publique. Cela ne veut pas nécessairement dire qu'il faut se laisser guider par la qualité des données lors de la fixation des priorités relatives dans ces deux domaines (Rychetnik, Frommer, Hawe et al., 2002).

**(3) Tout rationnement doit reposer sur une combinaison de technique et de jugement**

Tout rationnement doit reposer sur une combinaison de technique et de jugement. Des techniques comme l'évaluation économique, la budgétisation de programmes et l'analyse différentielle (BPAD), permettent d'établir une structure dans laquelle on peut mettre en parallèle les données et les valeurs. Elles contribuent également à mieux expliciter le processus de prise de décision. Cependant, on ne saurait prétendre que l'une ou l'autre de ces techniques est suffisamment évoluée pour tenir compte de toutes les complexités du processus de fixation des priorités, et ne serait-ce que pour cette seule raison, l'interprétation et le jugement subjectifs ont encore un rôle à jouer.

En Oregon, on a rejeté la première liste de priorités parce que le classement établi en fonction du rapport coût-utilité des services comportait des anomalies qui semblaient inacceptables, certaines d'entre elles découlant d'erreurs dans la façon de calculer le rapport coût-utilité (Tengs, 1996). En corrigeant ces erreurs, on aurait pu alléger le malaise engendré par le classement coût-utilité, mais on n'aurait cependant pas réussi à l'éliminer. Les méthodes habituelles de détermination de la valeur utilitaire (basées sur des compromis individuels) ne sont pas nécessairement conformes aux valeurs sociales qui, selon la population, doivent être appliquées aux décisions touchant l'affectation des ressources (Ubel, Scanlon, Loewestein et al., 1996).

Il reste impossible, cependant, d'éviter les conséquences économiques des décisions en matière de santé, et donc, quelle que soit l'évolution des techniques, l'évaluation économique doit jouer un certain rôle dans la fixation des priorités. Dans les stratégies suédoise et néerlandaise, on prend pour acquis que tout service, à condition qu'il soit nécessaire et efficace et qu'il constitue l'option la moins coûteuse, sera offert, que la collectivité soit ou non prête à payer, mais le gouffre qui ne cessait de s'élargir entre les demandes de soins et les ressources disponibles a amené les autorités à s'intéresser à la fixation préalable de priorités. Les techniques économiques peuvent donner de l'information sur les avantages par rapport aux inconvénients de l'abandon de certains services, mais on devra toujours faire preuve de jugement pour décider si le jeu en vaut la chandelle.

Il est vrai également qu'en économie on reste prudent devant des absolus du genre nécessité et efficacité. Ces concepts soulèvent d'autres questions : nécessaire pour qui? et dans quelles circonstances? le traitement est-il *vraiment* efficace? pour qui? dans quelles circonstances? En pratique, cela veut dire que le processus d'établissement des priorités risque d'être réellement difficile à manier de façon simple, que ce soit pour éliminer des services de la liste, comme en Oregon, ou pour établir un classement lexicographique des priorités en fonction de la gravité des affections, comme en Suède. Ce que l'on cherche à faire en élaborant une liste de priorités, c'est de répondre à des questions plus subtiles comme celle-ci : si nous disposions d'un million de dollars supplémentaire pour la santé, à quoi serait-il le mieux utilisé? Ou encore, si le budget était réduit d'un million de dollars, où devrions-nous faire des coupures afin de minimiser les dommages? La réponse à ces questions risque fort d'être différente lorsqu'il s'agira du deuxième ou du troisième million. Nous reviendrons sur ce point, car il se situe au coeur de notre opinion sur la façon de hiérarchiser les soins de santé.

**(4) Les valeurs de qui devrait-on considérer?**

Cette discussion soulève la question de savoir les valeurs de qui il faudrait examiner, comment mieux les définir et quelle doit être leur influence sur le processus de prise de décision. Le système de santé appartient à la population canadienne, qui, par conséquent, doit avoir son mot à dire quant à sa forme. Pour être plus précis encore, disons qu'il appartient au peuple canadien de décider des valeurs dont il faut tenir compte dans telle

ou telle circonstance. Nous n'avons cependant aucunement l'intention de forcer les gens à exercer leur choix sur des problèmes ou des méthodes quand ils préféreraient ne pas avoir à le faire.

Il existe bien des façons de faire participer le public au processus de décision, dont les sondages d'opinion, les groupes de discussion, les tables rondes de consommateurs (Bowie, Richardson et Sykes, 1995) et les jurys de citoyens (Lenaghan, New et Mitchell, 1996). Ces méthodes varient selon l'importance de l'information sur le problème soulevé que l'on fournit aux participants ou selon que l'on se contente de les encourager à donner leur opinion (non informée) et elles sont tributaires du fait que le processus pour recueillir l'information permet ou non la discussion et la réflexion (Jordan, Dowsell, Harrison et al., 1998).

La méthode utilisée peut également varier selon le rôle que l'on demande au participant de jouer et ce qu'on lui demande de faire (Lomas, 1997). On peut ainsi jouer le rôle du citoyen, du contribuable ou du patient. Parmi les tâches proposées, mentionnons la définition des principes et des valeurs sur lesquels devrait reposer le processus de décision, et l'intégration de cette information à la décision elle-même. Selon les travaux réalisés au Royaume-Uni (Coast, 2000), on estime que le public est tout à fait disposé à contribuer à l'établissement des critères utilisés pour décider d'imposer un rationnement, mais ne se voit pas d'un très bon œil d'être comme partie prenante à la décision elle-même, surtout lorsqu'il s'agit de supprimer des soins. Cependant, les gens seront plus ou moins à l'aise, selon les efforts que l'on fera pour leur donner de l'information et permettre aux participants de discuter de leurs réponses (Jordan, Dowsell, Harrison et al., 1998).

À l'heure actuelle, on n'a pas fait suffisamment de recherche sur le rôle des préférences exprimées par la collectivité (Frankish, Kwan, Ratner et al., 2002). Cela pourrait aller d'une simple consultation des gens à la recherche de l'information nécessaire pour prendre des décisions. La décision revient, là encore, à la collectivité et, en vérité, devrait constituer l'un des principes sous-jacents à la prestation des services de santé.

**(5) L'élimination de certains services est inefficace et n'est pas conforme au principe de solidarité du système**

Il est certes vrai qu'aucun des pays que nous avons étudiés n'a trouvé de réponse quant à la meilleure façon d'établir les priorités, mais on peut tirer quelques conclusions sur ce qu'il ne faut pas faire. Selon les données dont nous disposons, éliminer des services est un processus délicat et vraisemblablement inefficace, tout au moins dans le cadre d'un système global que l'on veut baser sur le principe de solidarité. Il y a peu de services qui soient, comme l'enlèvement d'un tatouage, le changement de sexe, certaines interventions de chirurgie esthétique et la fécondation *in vitro*, des cibles toutes désignées pour l'annulation de la couverture, et ils sont généralement peu significatifs par rapport à l'ensemble des dépenses. Après une longue recherche, le New Zealand's Core Services Committee s'est déclaré dans l'incapacité de préciser quels services devaient être

complètement exclus (Commission consultative nationale des services de base en matière de santé et d'invalidité, 1994, 67). En Oregon, on n'a économisé que 2 % du budget au cours des cinq premières années d'application de la liste restreinte, résultat que l'on a expliqué par le recours à des contrats de services plutôt que par l'annulation des services elle-même. Les cliniciens ont trouvé des moyens pour continuer à dispenser les services supprimés, dont ils estimaient que leurs patients profiteraient (Oberlander, Marmor et Jacobs, 2001). Aux Pays-Bas, l'élimination de services n'a contribué qu'à exacerber l'opposition au processus de fixation des priorités.

L'idée de supprimer des services découle d'une mauvaise appréciation de ce qu'est la fixation de priorités. Il peut y avoir des situations où l'on peut éliminer complètement un service, mais, la plupart du temps, le fait de fixer des priorités signifie qu'il faut déterminer la mesure dans laquelle un service doit être dispensé ou supprimé, ainsi que les personnes qui seront touchées par la décision prise. L'élimination d'un service est une arme trop brutale pour traiter de problèmes aussi peu importants.

**(6) Le processus de prise de décision est important**

L'avant-dernière leçon est qu'on ne pourra probablement jamais trouver de méthode de rationnement des soins dont tout le monde accepte les priorités. La fixation des priorités est une activité complexe et contestée. Il serait vain de penser qu'un exercice technique permettra à lui seul de résoudre tous les conflits de valeurs (Klein, Day et Redmayne, 1996). L'exercice de prise de décision sera toujours embrouillé et tributaire des valeurs. Le mieux que l'on puisse faire est d'essayer de s'assurer que le *processus* de prise de décision est explicite, sujet à un examen critique, et équitable. La justice procédurale devient donc, en ce sens, un critère important (Lenaghan, 1996).

**(7) Prise de décision et application**

Enfin, aucune stratégie de fixation des priorités n'est une garantie de changement. Quand, à l'issue d'un exercice de ce genre, on recommande un certain redéploiement des ressources pour améliorer la situation, c'est avec l'espoir que cela se concrétise dans la réalité. Cet aspect de la problématique n'est pas clairement formulé dans les publications étrangères. Il serait erroné d'imputer à la technique la responsabilité d'une carence au niveau de l'application, mais il serait tout aussi faux de prétendre que l'on peut ignorer cet aspect.

## La voie de l'avenir au Canada

### Propositions actuelles

De la notion de nécessité médicale, qui fait expressément partie de la *Loi canadienne sur la santé*, découle le mécanisme qui permet aujourd'hui de délimiter la portée de l'assurance-maladie publique. Cependant, cette expression n'est pas définie et il existe bien des opinions possibles sur ce qu'elle devrait signifier et sur la façon dont on l'a mise en application (Hurley, Birch, Stoddart et al., 1997; Charles, Lomas, Giacomini et al., 1997). L'étendue de la couverture est essentiellement laissée à l'appréciation des ministres provinciaux et territoriaux de la santé dans le cadre de leurs négociations avec les praticiens de la médecine.

L'argumentation d'Evans et de ses collaborateurs (1993) permet de mieux comprendre quels services devraient ou non être pris en charge par le régime d'assurance-maladie et elle apporte des éclaircissements sur ce que l'on entend par nécessité médicale dans ce processus. Selon eux, la prise en charge par le régime public d'un service ou d'une intervention médicale devrait dépendre de la réponse à quatre questions : (1) Le service en question est-il un traitement médical? (2) Est-il efficace comme traitement de tel ou tel état pathologique? (3) Est-il nécessaire? (4) Y a-t-il une autre option, des méthodes tout aussi efficaces de dispenser le service? Une réponse positive à chacune des trois premières questions serait l'indication que le service doit être pris en charge par le système public, mais cette couverture serait limitée à la méthode de prestation des soins la moins onéreuse.

Selon les auteurs, le principe sous-jacent à chaque question est clair, mais ils s'accordent à dire qu'il n'est pas toujours facile de conclure si tel ou tel service passe le test de chaque question. Le concept de « nécessité » sape cependant cette prétention de clarté. L'inclusion de cette question dans un processus qui est censé permettre de *définir* une nécessité médicale s'explique par le besoin d'exclure des services qui sont techniquement bénéfiques, puisqu'ils donnent des résultats positifs, mais dont les résultats ne sont pas à la hauteur des coûts de substitution. La question est donc plus précisément de savoir quelle est l'efficacité économique du service et non s'il est nécessaire. Il s'ensuit que ce qui constitue des « soins nécessaires » dépend des facteurs dont on tient compte pour mesurer les avantages, facteurs que l'on peut définir avec une grande précision eu égard à l'évolution physiologique de la personne qui bénéficie des soins ou, de façon très générale, en incluant l'évolution du bien-être du bénéficiaire des soins ou des personnes qui s'occupent de lui, ou encore entre ces deux extrêmes (Hurley, Birch, Stoddart et al., 1997). La définition de la nécessité présuppose donc un jugement sur la légitimité du service de santé dispensé.

Dans le contexte canadien, on a fait trois autres propositions pour déterminer l'étendue de la couverture publique. La plus récente est la décision du gouvernement de l'Alberta de créer un comité d'experts pour examiner les services de santé et en éliminer, le cas échéant, de la liste des services assurés (Santé et Bien-être Alberta, 2002). Ce

comité n'a pas encore été mis en place, mais rien ne permet de croire qu'il puisse réussir là où d'autres ont échoué dans la tentative d'annuler des services.

La deuxième proposition est le cadre suggéré par l'Association médicale canadienne pour définir les services de base et les services globaux (Wilson, Rowan et Henderson, 1995). Dans ce cas, on reconnaît l'existence de trois niveaux de décision et on suggère de tenir compte de trois dimensions à chaque niveau, à savoir la qualité des soins, l'éthique et l'économie. On définit les différents niveaux de décision en fonction de chaque dimension importante, pour constituer une matrice permettant de préciser une série de questions à poser avant toute décision concernant la fixation de priorités. Cependant, les auteurs du cadre admettent franchement qu'il ne précise aucunement quels sont les services qui devraient être pris en charge par le système public. De plus, prétendre que des considérations comme la qualité des soins, l'éthique et l'économie sont totalement indépendantes les unes des autres risque fort de se révéler faux dans la pratique.

La troisième approche est celle de la sélection en quatre volets préconisée par Deber et collaborateurs (1998). Cette stratégie est similaire à celle des Néerlandais et repose sur quatre questions établies selon une certaine hiérarchie. Les règles afférentes à la première sélection permettent d'éliminer les interventions dont il est prouvé qu'elles ne sont pas *efficaces*. Au cours de la deuxième, on détermine si l'intervention est *appropriée* dans le cas de l'individu particulier qui en a besoin. Quant à la troisième, elle permet de faire un *choix éclairé* et de se demander si le patient désire réellement ce service.

Seules les interventions efficaces, appropriées et désirées sont soumises au quatrième volet du processus de sélection, au cours duquel on se demande si le service devrait être *financé par le système public*. À ce stade, selon les auteurs, il faudrait tenir compte de certains facteurs dont la question de savoir s'il est acceptable pour la société de refuser un service efficace, approprié et désiré à des gens qui n'ont pas les moyens de se le payer eux-mêmes? De toute évidence, la réponse à cette question est cruciale. Les étapes précédentes de la sélection permettent d'éliminer ce qu'il est facile d'exclure, soit les interventions inefficaces, non appropriées ou non désirées, mais notre intuition et le résultats des expériences menées à l'étranger nous amènent à penser que peu de services tombent dans cette catégorie et que, partant, l'impact du processus de sélection risque de ne pas être très important. Le problème reste toujours la façon de déterminer si tel ou tel service doit ou non être pris en charge par le système public.

Ces stratégies structurées semblent logiques, mais ne tiennent pas compte de la façon dont les ressources sont réparties dans la pratique (Hurley, Cosby, Giacomini et al., 2000). En particulier, la question sur laquelle repose chacune de ces stratégies n'est pas la bonne. On a bien plus besoin de savoir dans quelle mesure on peut dispenser tel type de service à telle ou telle personne, que de savoir quel type de soins on peut offrir. La première question est bien plus difficile, mais elle est également plus réaliste puisqu'elle suppose que l'on examine les compromis à accepter entre les diverses dimensions.

## Une nouvelle approche

L'un des avantages du retard du Canada à s'attaquer au problème de la fixation des priorités tient au fait que cela nous permet de profiter de l'expérience des autres. Aucun pays n'a réussi à régler le problème, mais, de leurs efforts, on peut déduire la composante clé d'une stratégie globale de fixation des priorités dans les systèmes publics. Selon nous, il existe quatre exigences fondamentales. La première est que le Canada se dote d'une constitution des services de santé qui, entre autres choses, établisse les principes fondamentaux du régime public d'assurance-maladie. La deuxième est d'améliorer les données à partir desquelles sont prises les décisions relatives à la répartition des ressources. La troisième est de se doter d'un cadre de prise de décision qui permette d'articuler les principes dans la pratique et dans les politiques, en s'appuyant, dans la mesure du possible, sur des données factuelles. Enfin, nous avons besoin d'une structure incitative appropriée pour nous assurer que les recommandations formulées sont mises en application.

Chacune de ces exigences est expliquée plus en détail ci-dessous.

### *(1) Constitution canadienne des services de santé*

La première exigence, et la plus importante si l'on veut établir des priorités justes et acceptables, est l'adoption d'une constitution des services de santé (Mooney et Wiseman, 1999) ou d'une charte des services de santé (Harrison, Dixon, New et al., 1997). Au début de ce document, nous réaffirmions le désir des Canadiens d'avoir un système global et universel auquel tous peuvent accéder sans obstacles. Il est approprié aujourd'hui de réexaminer les aspirations de nos concitoyens envers le système de santé afin de bien comprendre les compromis qu'ils sont prêts à faire. Pour cela, il faudra appliquer une méthode que ceux qui en sont chargés (c.-à-d. les citoyens canadiens) peuvent gérer et qui permettra aux décideurs d'obtenir des réponses utiles.

Cependant, cette constitution doit être plus qu'une simple description des caractéristiques du système que la population estime souhaitables. Il faut s'entendre sur le fait que l'on se basera sur ces principes pour hiérarchiser les soins de santé financés publiquement et, plus fondamentalement encore, pour décider de ce qui relève du financement public ou du financement privé, et dans quelle mesure. Cette constitution, une fois établie par la collectivité, permettra donc de légitimer les décisions de rationnement et de déterminer quelle serait la combinaison appropriée de financement public et de financement privé. Par exemple, si l'on estime que l'équité est un principe important, le financement public devra être plus élevé; si, par contre, c'est le choix du patient qui doit primer, c'est le financement privé qui sera vraisemblablement privilégié.

Ce sont là des problèmes de taille. Il est significatif que la plupart des débats sur les soins de santé, non seulement au Canada, mais dans le monde entier, tournent autour de mécanismes comme la méthode de paiement des praticiens ou le financement des hôpitaux. La problématique des valeurs de base ou des principes devant régir les services de santé ne suscite que peu d'intérêt. Selon nous, il faut que cela change.

Le choix des valeurs ne pose pas de problème : il faut choisir celles de la collectivité. Ce sont celles de la collectivité qui doit bénéficier des services de santé et elles constitueront une obligation, par exemple au plan national ou au niveau provincial au Canada. Elles deviendront la pierre angulaire de tout processus d'établissement des priorités que l'on voudra mettre en place. Pour les préciser, il faudra informer la collectivité. Il ne s'agit pas ici de définir des priorités entre certaines maladies ou entre certains groupes de patients, car l'information nécessaire pour cela n'est peut-être pas à la portée du citoyen à cause de son ampleur, mais plutôt de se placer à un niveau plus élevé où les citoyens souhaitent être consultés. Une fois ces principes, autrement dit une constitution, établis, il reviendra aux décideurs des services de santé de les respecter lorsqu'ils prendront leurs décisions.

Dans ce contexte, l'expression constitution est tirée du vocabulaire d'une branche de l'économie appelée économie constitutionnelle. Vanberg (1994) affirme, par exemple, que les organisations peuvent se positionner selon l'une ou l'autre des trois options suivantes : l'échange, autrement dit le marché; les objectifs, autrement dit la nécessité de placer l'organisation au premier rang; ou une vision « constitutionnelle » orientée vers les valeurs ou les principes à la base de l'organisation. Dans cette forme de constitution, il n'y a pas nécessairement de lien avec un quelconque cadre juridique ou avec des droits ou des responsabilités, comme cela peut se produire dans d'autres contextes. On garantit par la même occasion la capacité de la collectivité de réexaminer périodiquement, tous les cinq ans par exemple, les décisions qui ont été prises afin de s'assurer que l'on a respecté les principes établis, et de vérifier si la constitution nécessite des ajustements. La constitution comporte donc aussi une obligation de rendre compte.

Il existe plusieurs façons de modeler ce type de constitution, dont celle que l'Australie-Occidentale voudrait adopter plus tard cette année, c'est-à-dire une « convention constitutionnelle » des services de santé. Pour ce faire, il faut s'astreindre à un ambitieux programme de délibérations et de débats publics afin d'établir la combinaison la plus appropriée de principes éthiques sur lesquels asseoir les soins de santé, à savoir l'efficacité, l'équité ou la légitimité des demandes, les compromis que les citoyens sont prêts à faire entre ces divers principes, et le montant qu'ils sont disposés à payer pour se doter d'un système de santé collectif.

Il n'est pas possible de répondre à ces questions dans l'abstrait. Bien des gens ne savent pas trop quelles sont leurs propres valeurs et ne le sauront vraiment qu'en examinant les choix informés basés sur ces mêmes principes. Les compromis que les gens sont prêts à accepter dépendront également du contexte et de l'importance de tel ou tel service dont ils disposent déjà dans leur région. Il faudra mettre sur pied un processus itératif de délibération et de décision et, pour s'en assurer, se reporter à l'expérience des Britanniques et des Australiens qui ont appelé le public à participer et inclus leurs valeurs dans le processus d'établissement des priorités (Mooney, Jan et Wiseman, 1995).

### *(2) Améliorer les données disponibles*

Quelle que soit la combinaison des principes retenus pour le système de santé, le processus de prise de décision doit reposer sur de l'information relative au coût et aux effets globaux probables des divers niveaux et types d'investissement dans les soins médicaux. Ce n'est qu'à cette condition que les Canadiens sauront dans quelle mesure ils ont atteint leurs objectifs, et quel en est le prix ou le coût de substitution. Nous devons nous engager à fournir ce type de renseignement, et nous assurer que dans les pratiques pertinentes et les lignes directrices, on tient compte aussi bien des coûts que des résultats.

La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé et l'Institut canadien de la recherche sur les services de santé disposent déjà de la structure, et peut-être même des ressources financières nécessaires pour générer cette information. La nécessité de fixer des priorités et de rationner les services pourrait donner l'orientation stratégique de la recherche dans ces deux organismes. Parallèlement, le critère d'évaluation de la qualité des données devra être élargi et renforcé de telle sorte que, si l'on envisage de fonder les décisions sur ces données, cela ne se fasse pas au détriment des priorités et en faveur des interventions pour lesquelles il est plus facile d'obtenir de l'information (Rychetnik, Frommer, Hawe et al., 2002).

### *(3) Un cadre de prise de décision*

Troisièmement, nous devons nous doter d'un mécanisme pratique de fixation des priorités afin de nous assurer que les décisions sur la répartition des ressources sont conformes aux principes enchâssés dans la constitution. Les modèles proposés au Canada offrent un cadre qui, à notre avis, est déficient et a peu de valeur pratique pour les décideurs.

Il serait plus utile d'adopter un mécanisme pratique comme le BPAD pour analyser les décisions relatives à la répartition des ressources. Dans ce processus, on s'intéresse tout d'abord aux services offerts et on examine les variations marginales des ressources, dans et entre les programmes, nécessaires pour adapter la prestation des services aux contraintes liées aux ressources, tout en respectant les objectifs du système. De cette façon, la difficile problématique de la fixation des priorités est moins compliquée et on peut s'appuyer sur une structure qui permet d'avoir des données pertinentes, sans pour autant supplanter l'importance du jugement.

Dans le cadre du BPAD, on prend pour acquis que l'établissement des priorités est une question de choix. Il s'agit de déterminer ce que l'on veut faire et dans quelle mesure on peut envisager et appliquer certaines politiques, certains services et certaines activités concurrents. Il est évident également que si l'on s'engage sur cette voie, on prend pour acquis qu'il est préférable d'expliquer que ces choix impliquent également qu'on prend une décision sur ce que l'on ne veut pas faire.

La fixation des priorités suppose donc que l'on établisse des objectifs, puis que l'on mette en place des mécanismes d'application permettant de décider de quelle façon faire

ces choix, tout en respectant le mieux possible des objectifs concurrents. Pour ce faire, l'économie offre deux concepts intéressants.

1. Le *principe du coût d'option* tire son origine de la reconnaissance du fait que les ressources sont rares et qu'il est nécessaire de faire un choix. Le coût d'option correspond à l'avantage perdu dans la meilleure option d'utilisation des ressources. Autrement dit, chaque fois que l'on décide d'affecter davantage de ressources à l'éducation, par exemple, on suppose que les avantages perdus ailleurs, comme dans le système de santé, sont moins grands que ceux que l'on gagne dans le domaine de l'éducation.

2. La *marge* fait référence à des variations et, à strictement parler, à la variation d'une unité donnée. Par conséquent, le *coût marginal* est le coût de production d'une unité supplémentaire de soins de santé; le *bénéfice marginal* est donc celui que l'on retire de cette unité supplémentaire. Dans la pratique, le coût marginal et le bénéfice marginal sont souvent calculés en tenant compte des coûts de l'augmentation ou de la diminution des coûts et des bénéfices. L'accent reste cependant sur la variation.

La combinaison du coût d'option et de la marge est à la base même de toute stratégie rationnelle d'établissement des priorités. Si l'on consacre davantage de ressources à la prévention et moins au traitement des maladies, quels sont les changements qui en découlent au niveau des coûts et des avantages, autrement dit quels sont les variations marginales? Dans le cas où les ressources disponibles pour les soins de santé sont moins importantes, quelles sont les pertes en avantages marginaux qui découlent du fait d'économiser dans le domaine des services d'urgence plutôt que dans celui de la santé publique ou dans le domaine des soins à la collectivité plutôt que dans la pratique générale?

Le processus BPAD comporte deux phases. Tout d'abord, les *budgets de programme* constituent un cadre d'information qui permet de connaître les ressources disponibles et les fins auxquelles elles sont consacrées. Les définitions des programmes sont généralement établies en fonction des groupes de clients ou des groupes de maladies. La philosophie qui sous-tend cet ensemble de programmes est simplement qu'en changeant les priorités, on risque de modifier l'équilibre actuel de la répartition des ressources et que, si c'est ce que l'on veut faire, il vaut mieux connaître la nature de cet équilibre!

Le volet *analyse différentielle* de l'exercice est également fort simple, du moins en principe. Si l'on retire un montant donné de fonds d'un programme pour l'affecter à un autre, la perte consécutive dans le premier programme sera-t-elle supérieure ou inférieure aux avantages acquis dans le second? Dans la pratique, ce genre de jugement est difficile à poser, mais cela est nécessaire, car c'est la pierre angulaire de tout le processus de BPAD. Le processus est simple, et le plus grand problème pour le faire accepter est probablement que, très souvent, les participants éventuels s'attendent à quelque chose de plus compliqué que ce ne l'est dans la réalité ou en principe. S'il est possible de transférer 100 000 $ du programme A au programme B et d'en tirer globalement plus d'avantages, ne doit-on pas le faire?

L'un des arguments contre le déplacement de ressources à la seule fin de maximiser les avantages est que cela risque d'entraîner des effets inacceptables du point de vue de l'équité. Il faut tenir compte de cet élément dans l'analyse et déterminer explicitement toute possibilité de conflit entre efficacité et équité. L'une des façons d'aborder le problème est d'accorder une plus grande importance aux avantages dont jouissent certains groupes de la collectivité (p. ex., les pauvres) comparativement aux autres.

La question du choix des valeurs à retenir lors de la fixation des priorités est importante. Il serait bon de s'en tenir à celles de la collectivité, surtout parce que la pondération et la valeur relatives attachées aux avantages pour les plus défavorisés et les personnes les plus à risque sont essentiellement des problèmes de société ou communautaires et non des problèmes professionnels. Il reste encore possible de poser des jugements techniques à ces niveaux et il est possible que ces valeurs techniques soient prépondérantes, surtout à l'extrémité « pointue » du spectre, comme les soins dans des spécialités où il faut décider, par exemple, quels patients doivent être retirés en premier de la liste d'attente.

En ce qui concerne les problèmes d'équité, il existe des formules explicites de répartition des ressources à affecter aux services de santé en fonction des zones géographiques. Que cela soit déjà fait ou reste encore à faire, le mécanisme normal suppose que l'on évalue les besoins des différentes populations en les pondérant selon certains facteurs, de façon à répartir « équitablement » les ressources. Les principes et la pratique à la base de ces stratégies sont relativement clairs, mais ne peuvent que bénéficier du fait qu'on les explicite et que l'on s'assure de ne pas être obnubilé par des problèmes de mesure.

L'intégration d'une combinaison du processus BPAD et de la participation des citoyens dans une constitution des services de santé permettrait également de mettre en place les structures institutionnelles nécessaires pour assurer une approche systématique de la fixation des priorités (Ham et Coulter, 2001).

***(4) Une structure incitative et institutionnelle appropriée***

La dernière exigence est de mettre en place un mécanisme qui permette de s'assurer que les recommandations qui découlent du processus d'établissement des priorités produisent des effets. Les stratégies d'application qui reposent sur le respect des règles sont trop rigides et trop bureaucratiques et ne laissent aucune latitude pour s'adapter à une situation particulière. Les stratégies discrétionnaires sont, d'autre part, trop facilement exploitées : tous les cas deviennent des cas spéciaux et le processus de fixation des priorités en est faussé. Il serait utile de mieux aligner les incitatifs et les objectifs du système, mais aucune stratégie ne peut à elle seule combler entièrement ce gouffre. En enchâssant dans une constitution des mécanismes qui obligent les responsables à être plus explicites et à rendre des comptes, on s'assure d'une certaine protection contre toute prédominance des intérêts acquis dans le débat sur les priorités. Avec une

« mini-convention », les représentants de la collectivité et les gestionnaires seraient, par exemple, tenus de se réunir chaque année afin de vérifier comment les ressources ont été réparties, si on s'est conformé aux principes établis et, si ce n'est pas le cas, de vérifier pourquoi.

## Questions sans réponse

Ces recommandations s'appuient sur les conclusions les plus intéressantes des expériences menées ailleurs, mais ne constituent en rien une solution complète au problème de la fixation des priorités. Plusieurs questions demeurent sans réponse.

Tout d'abord, nous n'avons fourni aucune indication *simple* de la façon dont il faudrait déterminer le total des dépenses à consacrer à la santé. Il n'existe pas d'équation simple pour fixer le niveau de financement « juste ». La stratégie que nous recommandons comporte cependant un mécanisme souple pour répondre aux besoins de tous les niveaux de financement. Quand les dépenses consacrées à la santé augmentent, ce mécanisme permet de savoir dans quel domaine les ressources supplémentaires seraient le plus profitables. Dans le cas contraire, on peut savoir où les coupures feraient le moins de dommages possible. À un niveau agrégé, il serait donc possible de savoir quels gains seraient réalisés si on augmentait les dépenses de santé et ce que l'on perdrait dans le cas contraire. Cette information pourrait ensuite être utilisée pour comparer les avantages d'une réaffectation des ressources entre les programmes de santé et d'autres programmes publics. Les problèmes logistiques qui en découlent sont énormes, mais, théoriquement, c'est la stratégie qu'il faut appliquer pour déterminer le montant global des dépenses consacrées à la santé.

Deuxièmement, les techniques d'évaluation économique ne sont pas encore suffisamment au point pour que les gens puissent faire entièrement confiance à l'information recueillie au moyen des mesures sommaires de rentabilité. Les ratios et les tableaux de rentabilité cachent tout autant de renseignements qu'ils n'en révèlent (Birch et Gafni, 1994) et ne reflètent pas nécessairement non plus la valeur *sociale* des services de santé (Menzel, Gold, Nord et al., 1999; Ubel, Scanlon, Loewenstein et al., 1996).

Troisièmement, en dépit de sa longue histoire, la stratégie BPAD nécessite encore des améliorations (Posnett et Street, 1997). Dans la pratique, l'une de ses grandes faiblesses est qu'il faut persuader les décideurs de la nécessité d'identifier les cibles du désinvestissement et de réaffecter les ressources au profit des services ayant une plus grande valeur[2]. Peu de raisons incitent à procéder de la sorte, mais, par contre, toutes les raisons sont bonnes pour amener les décideurs à identifier des services « intramarginaux » qui ne se prêteront vraisemblablement pas à des coupures.

Un problème important se pose ici, qui touche, pour autant que l'on puisse en juger, toutes les techniques de fixation des priorités. La détermination des priorités consiste à établir quelles sont les ressources actuelles qui seraient mieux utilisées ailleurs. À une époque où les budgets sont fixes ou en décroissance (voire même éventuellement lorsqu'ils sont en croissance), il est nécessaire de transférer des ressources de A à B. Le problème fondamental, en l'occurrence, est de décider que A doit être coupé. Par ailleurs, il faut amener les gens à accepter que quelqu'un doive assumer la responsabilité de

---

[2] Mitton et al. (2002) présentent les premiers exemples jamais publiés de désinvestissements possibles et de réaffectation des ressources au profit d'autres services.

maximiser les avantages que les Canadiens veulent retirer de leurs services de santé et il faut par conséquent donner à cette personne les outils et les incitatifs nécessaires pour l'y encourager. Il est tout aussi important de déterminer à quel niveau cette responsabilité doit être assumée et de voir à ce qu'elle le soit que de disposer d'une bonne stratégie de détermination des priorités.

Quatrièmement, nous ne sommes pas convaincus qu'une structure unique puisse s'appliquer à l'ensemble des services de santé, que ce soit les interventions destinées à améliorer la santé de la population ou les soins palliatifs. Le facteur limitatif est la difficulté, pour les décideurs et le public, de comparer la valeur de programmes largement divergents. Les bénéficiaires des programmes de prévention, par exemple, sont le plus souvent méconnus et ne sont quelquefois même pas encore nés. Il faut donc se doter d'un moyen de s'assurer que l'on en tient compte, tout autant que des cliniciens et des patients. Concevoir un bon programme de santé publique est une entreprise complexe qui exige que l'on s'appuie sur des méthodes de recherche complexes pour en faire une bonne évaluation. Étant donné que c'est rarement le cas, la qualité des données sur la santé publique est généralement moins bonne que celle dont on dispose sur les autres services de santé (Rychetnik, Frommer, Hawe et al., 2002). Toute interprétation trop simpliste des données risque de nous amener à déplacer prématurément des ressources affectées à la santé publique. Devant ce danger, la Nouvelle-Zélande a décidé de mettre en place des structures permettant de hiérarchiser séparément les services cliniques et les services de prévention. La Suède, quant à elle, a reconnu le caractère particulier des services de prévention et leur a attribué la deuxième priorité, tout juste derrière les interventions destinées à sauver des vies.

Enfin, sauf pour ce qui est de la constitution, nous avons peu parlé des structures politiques ou organisationnelles officielles nécessaires pour appliquer le modèle de fixation des priorités. Il est vraisemblable, par exemple, que les compromis acceptables aux yeux des Albertains soient différents de ceux que les Canadiens des provinces de l'Atlantique sont prêts à accepter. L'adaptation aux valeurs locales entraînera des différences dans l'ampleur des soins financés publiquement d'une province à l'autre, ce qui mettrait en péril l'intégrité du système national. Le point de vue des Canadiens sur l'étendue du système national de soins de santé devrait aussi faire partie des valeurs à intégrer à une constitution des services de santé, avec tout ce que cela implique du point de vue de la *Loi canadienne sur la santé*.

## Conclusion

Le régime d'assurance-maladie est un élément social important dans la vie des Canadiens, mais leur engagement envers le système de santé publique subit les contrecoups de la réticence des décideurs à s'attaquer à la nécessité de fixer des priorités. Le régime d'assurance-maladie ne peut perdurer que si l'on prend des mesures pour que les attentes des gens par rapport à leur système soient harmonisées avec ce qu'ils sont prêts à payer comme citoyens. Heureusement, cette problématique a souvent été étudiée ailleurs et on peut tirer parti de l'expérience des autres. C'est ce que fait le modèle que nous proposons. Il permet d'incorporer tant les valeurs de la collectivité que le jugement professionnel et propose une structure dans laquelle on peut amener les uns et les autres à collaborer à l'élaboration de la politique. Il constitue également un moyen de modeler les attentes et de légitimer les décisions difficiles qui doivent être prises. Là où on doit pousser la réflexion, c'est sur la façon de passer des recommandations qui découlent de l'exercice de fixation des priorités au stade de la mise en oeuvre. C'est le problème sur lequel il faut maintenant se pencher.

## Bibliographie

Alberta. Santé et Bien-être Alberta. *Building a better health care system. Alberta Government's response to the Premier's Advisory Council on Health*, 2002.

_____. Conseil consultatif du premier ministre sur la santé. *A* Framework *for Reform* Conseil du premier ministre sur la santé, 2001.

Anderson, G. F., Poullier J.-P. « Health spending, access and outcomes : trends in industrialized countries », *Health Affairs,* 1999, vol. 18, p. 178-192.

Ashton, T., J. Cumming et N. Devlin. « Priority-setting in New Zealand: translating principles into practice », *Journal of Health Services Research and Policy,* 2000,vol. 5, p. 170-175.

Autorité du financement de la santé. *How Shall We Prioritise Health and Disability Services? A Discussion Paper.* Wellington, Autorité du financement de la santé, 1993.

Birch, S. « As a matter of fact: Evidence-based decision-making unplugged», *Health Economics,* 1997, vol.6, p. 547-559.

Birch, S., A. Gafni. « Cost-effectiveness ratios: in a league of their own », *Health Policy,* 1994, vol. 28, p. 133-144.

Bottomley, V. « Priority setting in the NHS ». In Smith R (dir.) *Rationing in Action.* Londres, BMJ, 1993.

Bowie, C., A. Richardson et W. Sykes. « Consulting the public about healthcare priorities»,. *British Medical Journal,* 1995, vol. 311, p. 1155-1158 .

Charles, C., J. Lomas, M. Giacomini, V. Bhatia et V. Victoria. « Medical necessity in Canadian health policy: four meanings and … a funeral? », *Milbank Memorial Quarterly,* 1997, vol. 75, p. 365-394.

Coast, J. « Explicit rationing, deprivation disutility and denial disutility: evidence from a qualitative study . In A. Coulter et C. Ham (dir.), *The Global Challenge of Health Care Rationing,* Buckingham, Open University Press, 2000.

Cookson, R. et P. Dolan. « Public views on health care rationing: a group discussion », *Health Policy,* 1999, vol. 49, p. 63-74.

_____. « Principles of justice in healthcare rationing ». Journal of Medical Ethics, 2000, vol. 26, p. 323-329.

Cookson, R., D. McDaid D. et A. Maynard. « Wrong SIGN, NICE Mess: is national guidance distorting allocation of resources? », *British Medical Journal,* 2001, vol. 323, p. 743-745.

Culyer, A. J. « The rationing debate: maximizing the health of the whole community. The case for. », *British Medical Journal,* 1997, vol. 314, p. 667-669.

Cumming, J. « Defining core services: New Zealand experiences ». *Journal of Health Services Research and Policy,* 1997, vol. 2, p. 31-37.

Deber, R., L. Narine, P. Baranek. N. Sharpe, R. Blotnik-Shau, P. Coyte., G. Pink et P. Williams. « The public – private mix in health care ». In Forum national sur la santé, *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier,* vol. 4, *Secteur de la santé au Canada et ailleurs*. Québec, Éditions MultiMondes, 1998.

Dolan, P. et R. Cookson R. « A qualitative study of the extent to which health gain matters when choosing between groups of patients », *Health Policy,* 2000, vol. 51, p. 19-30.

Dixon, J., B. New. « Setting priorities New Zealand style », *British Medical Journal,* 1997, vol. 314, p. 86.

Evans, R. G., M.L. Barer, G.L. Stoddart et V. Bhatia. *It's not the money, it's the principle: why user charges for some services and not others?* Rapport au Conseil du premier ministre sur la santé, le bien-être et la justice sociale, 1993.

Ferriman, A. « Report suggests the NHS is not sustainable », *British Medical Journal,* 1999, vol.. 319, p. 801.

Frankish, C. J., B. Kwan., P.A. Ratner, J. Wharf-Higgins et C. Larsen, « Challenges of citizen participation in regional health authorities », *Social Science and Medicine,* 2002, vol. 54, p. 471-1480.

Graves, F. L., P. Beauchamp, D. Herle. « Research on Canadian values in relation to health and the health care system ». In Forum national sur la santé. *La santé au Canada : un héritage à faire fructifier,* vol, 5. *Données probables et information.* Québec, Éditions MultiMondes, 1998.

Ham, C. « Health care rationing – the British approach appears likely to be based on guidelines ». *British Medical Journal,* 1995, vol. 310, p. 1483-1484.

Ham, C. et A. Coulter. « Introduction: international experience of rationing (or priority setting) ». In Coulter A., Ham C. (dir.) *The Global Challenge of Health Care Rationing*. Buckingham, Open University Press, 2000.

_____. « Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices », *Journal of Health Services Research and Policy,* 2001, vol. 6, p. 163-169.

Harris, J. « Maximising the health of the whole community: the case against: what the principal objective of the NHS should really be ». *British Medical Journal,* 1997; vol. 314, p. 669-672.

Harrison, A., J. Dixon, B. New et K. Judge. « Funding the NHS: is the NHS sustainable? » *British Medical Journal,* 1997, vol. 314. p. 296-298.

Harrison, S. et D.J. Hunter. *Rationing Health Care.* Londres, Institute for Public Policy Research, 1994.

Holmstrom, S. « Sweden and priority setting », http:/swahc.org/priority.htm.; téléchargé le 16 août 1999.

Hurley, J., S. Birch, G. Stoddart et G. Torrance. « Medical necessity, benefit and resource allocation in health care », *Journal of Health Services Research and Policy,* 1997, vol. 2, p. 223-230.

Hurley, J., J.L. Cosby, M. Giacomini et B. Hutchison. *Making resource allocation decisions in the health care sector: a review of some proposals.* HEALNet, document hors série n° 4, Centre de recherche régional, Saskatchewan, 2000.

Jordon, J., T. Dowswell, S. Harrison, R.J. Lilford et M. Mort. « Whose priorities? Listening to users and the public », *British Medical Journal,* 1998, vol. 316, p. 1668-1670.

Kitzhaber, J. A. « Rationing in action. Prioritizing health services in an era of limits: the Oregon experience », *British Medical Journal,* 1993, vol. 307, p. 373-377.

Klein, R. « Priorities and rationing: pragmatism or principles? », *British Medical Journal,* 1995, vol. 311, p. 761-762.

Klein, R., Day P. et S. Redmayne. *Managing Scarcity: Priority Setting and Rationing in the National Health Service,* Buckingham, Open University Press, 1996.

Lenaghan, J. *Rationing and Rights in Health Care,* Londres, Institute of Public Policy Research, 1996.

Lenaghan, J., B. New et E. Mitchel. « Setting priorities: is there a role for citizens' juries? » *British Medical Journal,* 1996, vol. 312, p. 1591-1593.

Lomas, J. « Reluctant rationers: public input to healthcare priorities », *Journal of Health Services Research and Policy,* 1997, vol. 2, p. 103-111.

Mays, N. « Legitimate decision making: the Achilles heel of solidaristic health care systems », *Journal of Health Services Research and Policy,* 2000, vol. 5, p. 122-126.

Menzel, P., M.R. Gold., E. Nord, J.-L. Pinto-Prades, J. Richardson et P. Ubel. « Towards a broader view of values in cost-effectiveness analysis of health care », *Hastings Centre Reports,* 1999, mai-juin, p. 2-10.

Mitton, C., C. Donaldson, S. Dean et B. West. « Program budgeting and marginal analysis: a priority setting framework for Canadian regional health authorities », *Healthcare Management Forum,* 2000, vol. 13, p. 24-31.

Mitton, C., S.Patten, H. Waldner H. et C. Donaldson. « Priority setting in health authorities: a novel approach to a historical activity », polycopié, Centre de la santé et des études politiques, Université de Calgary, 2002.

Mooney, G. « "Communitarian claims" as an ethical basis for allocating health care resources », *Social Science & Medicine,* 1998, vol. 47, p. 1171-80.

Mooney, G., K.Gerard, C. Donaldson et S. Farra. *Priority Setting in Purchasing: Some Practical Guidelines,* Birmingham, National Association of Health Authorities and Trusts, 1992.

Mooney, G., S. Jan et V. Wiseman. « Examining preferences for allocating health care gains », *Health Care Analysis,* 1995, vol. 3, p. 261-5.

Mooney, G. et V. Wiseman « A "constitution" for health services », *Journal of Health Services Research and Policy,* 1999, vol. 4, p.195-196.

National Advisory Committee on Core Health and Disability Support Services, *Core Services for 1995/96,* Wellington, Commission consultative nationale des services de base en matière de santé et d'invalidité, 1994.

Naylor, C. D. « Healthcare in Canada: incrementalism under fiscal duress », *Health Affairs,* 1999, vol. 18, p. 9-26.

New, B. Pour le compte du Rationing Agenda Group. « The rationing agenda in the NHS». *British Medical Journal,* 1996, vol. 312, p. 1593-1601.

Nord, E., J. Richardson, A. Street.,H. Kuhse et P.Singer. « Maximising health benefits versus egalitarianism: an Australian survey of health issues », *Social Science and Medicine,* 1995a, vol. 41, p.1429-1437.

_____. « Who cares about cost? Does economic analysis impose or reflect social values? », *Health Policy,* 1995b, vol 34, p. 79-94.

Oberlander, J., T. Marmor et L. Jacobs. « Rationing and medical care: rhetoric and reality in the Oregon Health Plan », *Journal de l'Association médicale canadienne,* 2001, vol. 164, p.1583-1587.

Organisation de coopération et de développement économiques. *Éco-santé OCDE 2001,* OCDE, 2001.

Office for Oregon Health Plan Priority and Research. *The Uninsured in Oregon, 1998,* Salem OR, The Office, 1999.

Oxfordshire Priorities Forum. *Priority Setting in Practice,* Oxfordshire Health Authority, 2001.

Pays-Bas. Commission des choix en matière de santé (Commission Dunning). *Choices in Health Care,* Reykjavik, ministère de la Santé, du Bien-être et des Affaires culturelles, 1992.

Posnett, J. et A. Street. « Program budgeting and marginal analysis: an approach to priority setting in need of refinement », *Journal of Health Services Research and Policy,* 1997; vol. 1, p. 147-152.

Royal College of Physicians. *Setting Priorities in the NHS: A Framework for Decision Making.* Londres, RCP, 1995.

Royaume-Uni. Ministère de la Santé. *Government Response to the First Report of the Health Committee, Session 1994-1995, Priority Setting.* Londres, HMSO, 1995.

Rychetnyk, L., M. Frommer, P. Hawe et A. Shiell. « Criteria for evaluating evidence of public health interventions », *Journal of Epidemiology and Community Health,* 2002, vol. 56, p. 119-127.

Shiell, A. « Health outcomes are about choices and values: an economist's perspective on the health outcomes movement », *Health Policy,* 1997; vol. 5, p. 5-15.

Stoddart, G. L., M.L. Barer et R.G. Evans *User charges, snares and delusions: another look at the literature,* Rapport au Conseil du premier ministre sur la santé le bien-être et la justice sociale, 1994.

Tengs, T. O. « An evaluation of Oregon's Medicaid rationing algorithms », *Health Economics,* 1996, vol. 5, p. 171-182.

Ubel, P. A., D. Scanlon, D. Loewenstien et M. Kamlet. « Individual utilities are inconsistent with rationing choices: a partial explanation of why Oregon's cost-effectiveness list failed », *Medical Decision Making,* 1996, vol 16, p. 108-119.

Vanberg, V. J. *Rules and choice in economics,* Londres, Routledge, 1994.

Weale, A. « Rationing health care », *British Medical Journal,* 1998, vol. 316, p. 410.

Williams, A. « Intergenerational equity: an exploration of he "fair innings" argument », *Health Economics,* 1997, vol., p. 117-132.

Wilson, R., M.S. Rowan et J. Henderson. « Core and comprehensive health care services: Introduction to the Canadian Medical Association's decision-making framework », *Journal de l'Association médicale canadienne,* 1995, vol. 152, p. 1063-1066.

Wiseman, V., G. Mooney,G. Berry et K.C. Tang. « Involving the general public in priority setting: experiences from Australia », *Social Science and Medicine,* à venir.